Année 1972 *N°*

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

6

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Denise SEVASTOS Née SZPEJTER

LE 27 AOUT 1937 A PARIS

Présentée et soutenue publiquement le *1972*

PROJETS DE REFORME DE LA LOI DU 30 JUIN 1838

PRESIDENT : MONSIEUR BOURGUIGNON, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8 rue Dante - Paris Ve

Année 1972 *N°*

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Denise SEVASTOS Née SZPEJTER

LE 27 AOUT 1937 A PARIS

Présentée et soutenue publiquement le *1972*

PROJETS DE REFORME DE LA LOI DU 30 JUIN 1838

PRESIDENT : MONSIEUR BOURGUIGNON, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8 rue Dante - Paris Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

qui m'a inspiré le sujet de ce travail
auquel j'ai pris un vif intérêt,

que je remercie pour son aide
compréhensive et bienveillante.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552727_0024

A Madame le Docteur DEHU
Médecin Chef de Service des
Hôpitaux psychiatriques
Expert près les Tribunaux.

qui a été mon guide et mon modèle
pendant mon internat,

qu'elle trouve ici un témoignage
de ma reconnaissance fidèle et amicale.

A Monsieur le Docteur DESHAIES,
Médecin Chef de Service à
l'Etablissement National de Bienfaisance
de Saint-Maurice

qu'il soit remercié de ce que j'ai appris
pendant mon court passage dans son service.

A tous ceux qui ont été mes Maîtres de Stages,
pendant mes Etudes Médicales,

A tous ceux qui ont fait que je puisse
réaliser ce travail.

A Maître Raymond FONTAINE
Diplomé de l'Institut de Criminologie
Avocat à la Cour de Paris,

que je ne saurai jamais assez
remercier pour l'aide morale
qu'il m'aura apportée.

A mon fils, Gilles,

A mon mari,

A mon frère,

A mes parents,

A ma famille et à mes amis.

INTRODUCTION

Nous avons voulu faire un exposé des critiques et des projets de révision de la loi du 30 juin 1838 depuis sa promulgation, ainsi que des mesures pratiques : circulaires, aménagements, lois qui en découlèrent.

Notre projet était bien audacieux, et le résultat est qu'il comporte des lacunes, vis-à-vis desquelles nous espérons que le lecteur aura quelque indulgence.

Avant cet exposé qui est le dernier chapître de notre travail, nous avons jugé indispensable de consacrer :
- un chapître au statut de l'aliéné avant la loi de 1838,
- un chapître à la loi du 30 juin 1838, elle-même,
- un chapître à l'évolution de la doctrine psychiatrique de PINEL à nos jours et parallélement, à celle des asiles.

Ces chapîtres sont succints et schématiques, mais sont destinés à mettre historiquement et socialement les éléments du dernier chapître dans leur contexte, afin de mieux comprendre quelle a été l'évolution de l'esprit des projets de révision de la loi de 1838 sur les aliénés et celle des mesures prises en faveur de l'assistance psychiatrique.

CHAPITRE I

LA CONDITION DE L'ALIENE AVANT LA LOI DU 30 JUIN 1838

Puisque notre sujet se situe autour de la LOI du 30 JUIN 1838 et de ses réformes, et que cette loi règle encore en partie le statut hospitalier du malade mental, il nous faut, avant tout, essayer de le situer dans son contexte historique.

Nous introduirons cette brève étude par ce postulat inspiré de SZACZ qu'exposent H. et M. VERMOREL, et qui est le suivant : "l'évolution de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique est intimement liée à l'évolution économique, sociale et culturelle de la société d'une part, ainsi qu'au degré des techniques psychiatriques proprement dites d'autre part.

Ces dernières sont étroitement dépendantes du mouvement de la culture lui-même ; par là elles se différencient beaucoup de l'évolution des techniques médicales, dont le chemin est différent, ce qui a pu creuser entre elles, à certaines époques, un fossé impressionnant".

Il faut bien se rendre compte que cette LOI de 1838 n'a pas vu le jour sans une très longue gestation et qu'on ne peut situer la naissance de la psychiatrie dans cette image d'EPINAL qui est celle de Philippe PINEL délivrant les fous de leurs chaînes à BICETRE.

Nous parlerons donc, comme le dit Henri EY, de la "préhistoire de la psychiatrie".

Chaque culture considère certains symptômes comme relevant de la folie, alors que d'autres ne sont pas situés, à cette époque donnée, dans la pathologie.

I - DANS L'ANTIQUITE

Les établissements pour aliénés furent très rares.

On peut citer les sanctuaires d'EPIDAURE, les MOROTROPHIUMS de BIZANCE, un monastère à COLOGNE, un hôpital à FEZ au VIIème siècle, des refuges en ANGLETERRE, etc ...

II - PAR CONTRE AU MOYEN-AGE

Une certaine impulsion fût donnée à l'assistance aux malades mentaux (impulsion la plupart du temps d'origine religieuse) : des hospices, des fondations pouvaient les recevoir à BAGDAD, à ROME, en ANGLETERRE, en ESPAGNE, etc...

Il faut signaler le pélerinage de GHEEL, en BELGIQUE, dont l'origine remonte à une légence. Au XIIIe siècle, y fût bâtie une chapelle où se rendaient en masse les malades mentaux et l'habitude fût prise de garder chez l'habitant les malades qui attendaient le pélerinage ou qui restaient s'ils n'étaient pas guéris.

Ce fût le début d'une expérience de traitement dans la communauté.

La surveillance était confiée au bourgmestre, et plus tard, fut fondée une infirmerie et on nomma des médecins.

Au Moyen-Age, ce pélerinage de GHEEL semble avoir été un refuge pour les malades mentaux, mais, les années passant, la situation de la "COLONIE DE GHEEL" s'est dégradée et beaucoup de médecins, l'ayant visitée l'ont beaucoup critiquée.

La situation du fou ne s'y différenciait qu'en théorie, de celle qu'il avait ailleurs.

Ces fondations restaient l'exception. D'une façon générale le fou n'était pas vu comme un malade et par celà même, peu connu des médecins.

On retrouve les fous dans les cachots, ou bien ils errent en liberté et mendient. On les voit apparaître dans les procès de sorcellerie.

Dans un tel contexte historique, chacun croit aux sorciers et même certains esprits évolués comme Ambroise PARE, les condamnent (il est notamment l'auteur d'un traité sur les DEMONS).

La sorcière ("pour un sorcier, dix mille sorcières") est alors l'incarnation d'un personnage maléfique ; et on le rend responsable de nombreux fléaux (famines, épidémies par exemple...).

L'idée la plus répandue est que la maladie physique a une origine naturelle et la "FOLIE" une origine surnaturelle.

Les fous eux-mêmes pensent être possédés du démon. Toute sorcière n'st pas une malade, mais tout malade mental est ensorcelé.

La Société féodale, hiérarchisée, est soumise à la toute puissance de la religion ; elle ne peut tolérer qu'une image idéale de l'homme, tous les autres aspects étant attribués aux forces du mal.

III - LA RENAISSANCE

La RENAISSANCE marque un tournant capital pour la psychiatrie.

Des esprits éclairés comme Jean WIER et Jean-Louis VIVES, s'y intéressent. Ce dernier propose un système d'assistance et édifie une sorte de traité de psychologie, apparaissant comme un prédécesseur des auteurs modernes.

De nouvelles maisons d'assistance, toujours à dominance religieuse sont créées.

On peut dire qu'à cette époque, on commence à s'intéresser à l'homme en tant qu'union du corps et de l'esprit. Des problèmes difficiles naissent de ce fait.

On aborde en même temps la psychologie et la dissection des cadavres. Mais devant la psychologie, les médecins hésitent et laissent le terrain aux théologiens et aux philosophes.

IV - LE CLASSICISME

Le sort des malades mentaux est loin d'être réglé. Les procès de sorcellerie continuent et ce qui marque le "CLASSICISME, c'est ce qu'on appellera le "GRAND RENFERMEMENT".

En 1656, LOUIS XIV signe le décret qui fonde l'hôpital général, réclamé par le Parlement en 1632.

Ce n'est pas un geste médical, comme on aimerait le croire, mais une chose de police.

Le travail manque et il faut trouver une solution à ce problème. On va donc enfermer tous les indigents oisifs, donc parmi eux les délinquants, les criminels et les fous, sans discrimination.

L'autorité en est confiée au ROI ou à ses représentants.

COLBERT fait cesser les procès de sorcellerie, mais ordonne la création d'hôpitaux généraux dans toute la FRANCE.

Le mode d'exclusion du malade mental a changé, mais il reste durement traité. Ce carcan qu'est l'hôpital général, où on doit faire travailler les "enfermés" n'est pas spécifique à la FRANCE, mais s'étend sur toute l'EUROPE.

HOWARD au XVIIIème siècle parcourra tous les hauts lieux de l'internement : hôpitaux, prisons, maisons de force ... et sa philanthropie s'indignera qu'on ait pu y faire un tel mélange de personnes ne relevant pas du même statut.

Le dépôt de mendicité créé en 1767 par LOUIS XV est le prolongement de l'hôpital général.

Comme lui, il s'adresse aux pauvres, dont les malades mentaux.

A cette époque, la morale n'a rien d'autre à proposer à ceux qui se tiennent en dehors de ses normes. Pour les gens riches, une certaine réglementation préside à leur mise à l'écart. L'admission dans les maisons de charité ou les petites maisons se fait sur ordre du ROI ou "lettre de cachet".

Pour les petites maisons, d'après TENON, il est demandé un certificat médical. C'est cependant l'exception. En général, les médecins ne sont pas sollicités. Ces maisons ont pour but de préserver la morale et non la santé des malades.

En ce qui concerne le malade mental, cet évènement qu'est le "GRAND RENFERMEMENT" est d'une grande portée.

Ce n'est plus l'EGLISE qui a la haute main sur le fou, mais l'administration. On ne punit plus les chômeurs et indigents (dont les fous) mais l'ETAT les prend en charge, aux dépens de leur liberté individuelle.

C'est la seule solution pour que cette masse de sans travail ne provoque pas d'émeutes en cas de crise économique, crise latente qui affecte toute l'EUROPE. En dehors des périodes de crise, de plus, on dispose d'une main-d'oeuvre à bon marché.

Un pas de plus dans l'évolution de ces raisons complexes du RENFERMEMENT et on aboutira à la LOI de 1838 qui sera telle car d'autres problèmes seront venus se greffer sur la situation de la FEODALITE.

V - L'AGE DES LUMIERES

L'âge des lumières poursuit l'oeuvre du classicisme, mais prépare la REVOLUTION FRANCAISE. Et c'est dans ce contexte, aux conséquences si importantes, que va se faire ce qu'on a pu appeler la "REVOLUTION PSYCHATRIQUE".

Mais la signification de cette REVOLUTION, immortalisée par le geste de P. PINEL sur lequel nous reviendrons, est bien plus complexe qu'il n'y paraît.

Quelle était la situation du fou à la fin du XVIIIème siècle et au début du XIXème siècle ?

Deux possibilités, en pratique opposées. Ou l'aliéné a des ressources, ou il est indigent.

S'il a des ressources, nous l'avons vu, il a la possibilité déjà de se faire soigner. Sur la demande d'un tiers et souvent après une enquête minutieuse, le ROI ordonne par lettre de cachet l'internement du malade.

Pour gérer ses biens, sont prévues l'interdiction et la curatelle.

En ce qui concerne le malade mental, la lettre de cachet présente beaucoup moins un caractère d'arbitraire qu'en ce qui concerne la mise à l'écart de personnalités politiques gênantes. Il faut mentionner que souvent on a fait passer pour fous des personnages politiques que l'on voulait voir disparaître de la scène publique.

Pour en revenir aux malades mentaux disposant de ressources, on peut citer l'exemple de la CHARITE de SENLIS fonctionnant dès cette époque comme un "service libre" avant la lettre.

Pour l'aliéné indigent, rien de prévu, sauf des mesures répressives : quelques lois ou ordonnances règlent tant bien que mal son statut - LOI D'AOUT 1770 : les corps municipaux doivent "remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté et par la divagation des animaux malfaisants et féroces".
- LOI de MARS 1790 : "les personnes détenues pour cause de démence seront interrogées par le juge et présentées aux médecins en vue d'être élargies ou soignées dans les hôpitaux s'il y a lieu".

- LOI de JUILLET 1791 : les parents des insensés sont responsables de leurs désordres (sous peine de Police correctionnelle).

Dans les faits, les aliénés indigents sont mélangés aux autres indigents, aux criminels, à tous les internés (criminels ou politiques et cela à son importance) ils sont entravés, enchaînés, traités de façon très dure. Le fait que dans le même texte il soit fait mention des insensés ou furieux et des animaux malfaisants et féroces n'est pas un hasard. Le fou, l'aliéné qui a perdu la raison, qui définit son Humanité, est ravalé au rang de bête malfaisante. Enfermé dans des cachots pourvus de fenêtres grillagées et de petites ouvertures ingénieuses, il est livré à la curiosité populaire. On va se promener en famille pour voir les "fous" comme on va au zoo.

Et pourtant, bien avant le geste de PINEL, beaucoup d'humanistes, de philanthropes de philosophes ont perçu le caractère médical de l'éliénation mentale.

VOLTAIRE écrit dans le dictionnaire philosophique, à l'article Folie : "Nous appelons Folie, cette maladie des organes du cerveau qui empêche un homme nécessairement de penser, et d'agir comme les autres. Ne pouvant gérer ses biens, on l'interne. Ne pouvant avoir des idées convenables sur la Société, on l'exclut ; s'il est dangereux, on l'enferme ; s'il est furieux, on le lie ; ... un fou est un malade dont le cerveau pâtit comme le goûteux est un malade qui souffre aux pieds".

A l'article Démoniaque, Voltaire oppose le traitement médical à l'exorcisme des "Possédés du Démon", déclarant que "Monsieur Pomme a opéré plus de cures que les prêtes d'Isis ou de Diane ou d'autres n'ont jamais fait de miracles".

En 1767, les Encyclopédistes demandent "qu'on ne refuse pas aux aliénés les secours que toute infirmité réclame".

P. PINEL était l'héritier de l'esprit des encyclopédistes et des idéaux de la Révolution Française, idéaux qui ne peuvent accepter que la notion d'égalité des hommes puisse co-exister avec le fait que certains d'entre-eux, même insensés, soient enchaînés. Pour lui, il faut considérer le fou comme un malade et le traiter avec humanité.

Et c'est avec l'autorisation sceptique voire menaçante du Conventionnel COUTHON, lui-même infirme, mais le conseil enthousiaste de son surveillant POUSSIN, qu'il libère à BICETRE, les aliénés de leurs liens. Ce geste symbolique n'a pas empêché de tenir emprisonnés les malades déchaînés ; mais il était difficile d'aller plus loin à cette époque et le symbole du geste n'en demeure pas moins.

Il faut cependant déjà se rendre compte d'une chose très importante : ce geste est avant tout philanthropique et non pas médical.

D'autres philanthropes en Europe, le firent : W. TUKE en Angleterre, A. MULLER en Allemagne, J. DAQUIN à Chambéry.

CABANIS, avant le geste de Pinel, disait déjà : "le développement de la folie est en partie sous la dépendance du manque d'harmonie entre la nature humaine et les structures sociales".

Il apparaît qu'on peut, sans contestation, prendre le geste de Pinal comme un geste philanthropique dans son essence, encore queRaymondis en dise que : (Pinel) "veut avant tout qu'on lui reconnaisse un domaine d'action où il puisse traiter la folie pour ce qu'elle est, selon les cas et avec le maximum de moyens. C'est pourquoi dans un geste spectaculaire, il refuse le contrôle de Couthon sur ce qu'il faut bien appeler déjà sa "citadelle". Ce grand opportuniste cache des contre-révolutionnaires. Couthon et ses amis le savent. A celui qui prétend opérer une vérification, il va montrer la folie sous un aspect qui concorde avec le cliché populaire. Couthon, grand malade physique et nerveux, fuira ce spectacle et abandonnera à Pinel son empire".

Pour Pinel, le malade n'est, bien sûr, plus le Diable, mais il est un aliéné, quelque chose d'étranger à la nature humaine normale. Pour le traiter, il faudra le séparer de la Société, et ce sera le grand dogme de ceux, médecins en particulier, qui préparent la Loi de 1838. Si on le déchaîne, on va lui passer la camisole de force, on aura recours à diverses méthodes de contention. Si l'aliéné a été traité avec humanité par les premiers grands aliénistes philanthropes il n'en fut pas toujours de même dans les décennies qui suivirent.

Mais il est un autre aspect, non pas du geste de Pinel, mais de ses conséquences, dont la ségrégation de l'aliéné, qui serait intéressant à étudier.

Nous avons dit que le dogme qui présidait au traitement de l'aliénation était l'internement de l'aliéné. Au moment de la Loi de 1838, ce dogme est apparu comme essentiellement médical.

Pourtant, bien qu'explicité d'une façon tout à fait différente, il a précédé, et cela à peut-être une certaine valeur, le geste de Pinel. Et, bien que coexistant avec la prise de conscience du caractère pathologique de l'aliénation, c'est son caractère politique qui s'est trouvé avoir une certaine importance.

Nous avons vu, en effet, que les aliénés étaient mélangés dans les prisons et les maisons de force aux prévenus et aux condamnés.

Dès avant la Révolution, de toutes parts, des plaintes se sont élevées contre ce mélange "abusif". Mais, contrairement à ce que l'on pourrait croire maintenant, on déplorait surtout que les prévenus (et en particulier les prisonniers politiques) soient constamment en contact avec les aliénés. Eux-même avaient peur de ce contact avec les insensés dont les caractéristiques étaient la "déraison" et "l'animalité". Ils craignaient et se révoltaient contre une éventuelle "contagion".

Des prêtres, des hommes politiques visitant alors les prisons, ont réclamé qu'on sépare les aliénés des condamnés, non pas pour soigner les aliénés ou les mieux traiter, mais pour protéger les prisonniers.

L'internement était le lot inconditionnel des aliénés. Pour les autres il fallait d'abord juger. Pour eux, sans contestation, c'était la ségrégation obligatoire.

Il existe aussi une autre raison qui a fait qu'internement et aliénation ont été définitivement et exclusivement liés.

Avant la Révolution, tous les indigents sans travail étaient enfermés, nous l'avons vu, dans les Hôpitaux Généraux et les Dépôts de mendicité. On les y traitait sans discrimination et ils devaient travailler.

Au début du XIXème siècle, on s'est aperçu qu'il ne fallait pas confondre Pauvreté et Population. L'industrie naissait et on avait besoin de main-d'oeuvre. Or un pays peuplé peut fournir de la main-d'oeuvre. De plus cette population pauvre était tout juste là pour fournir de la

main-d'oeuvre à bon marché. Donc il devenait nécessaire, à ce moment, de sortir les indigents sans travail des lieux d'enfermement. Pour cela, il fallait, dans une certaine mesure, définir qui allait rester enfermé. Une ébauche de définition de l'aliénation était donc nécessaire.

Le traitement médical proposé de l'aliénation et la Sécurité Publique coïncidant "fort heureusement" dans la mesure d'internement, comme on le dira si bien dans la discussion de la Loi de 1838, il ne restait plus qu'une catégorie de personnes qui devaient rester enfermées : les aliénés.

C'est ainsi que se sont trouvé isolés les aliénés, isolés et colloqués, en marge d'une société en pleine expansion, où le Travail était chose sacrée et où ils n'avaient aucune place.

Et il semble que cette explication cadre avec le fait que la Loi du 30 juin 1838 n'a pas su quelle place donner aux aliénés indigents inoffensifs et à préféré les ignorer.

On peut se rendre compte par ces divers aspects (très certainement incomplets d'ailleurs) que la "Révolution Psychiatrique" ne tient pas que dans le geste philanthropique de Pinel, ni dans l'évolution médicale, mais a également des aspects économiques, sociaux et culturels.

CHAPITRE II

LA LOI DU 30 JUIN 1838

A la veille de la LOI du 30 JUIN 1838, nous assistons à deux ordres de faits, comme nous l'avons vu :

- d'une part, un désir transmis par l'opinion publique, celui de mettre les fous "à part".

- d'autre part, et cela est très important la reconnaissance, grâce essentiellement aux médecins, aux philanthropes et aux philosophes, de la folie comme maladie.

Il semble que ce soit essentiellement cette dernière prise de conscience qui ait rendu nécessaire la promulgation d'une loi spécifique réglementant le statut des aliénés.

Déjà, au XVIIIème siècle des philanthropes avaient attiré l'attention sur la folie et sa guérison. De nombreux médecins avaient dans leurs traités consacré des chapîtres à la folie. Certains avaient même consacré des livres aux troubles de l'esprit.

Beaucoup s'étaient indignés de la manière dont les aliénés étaient traités.

Les gouvernements s'y intéressent (CIRCULAIRE DE de PORTALIS du 30 FRUCTIDOR AN XII, celles du 18 AOUT 1813, du 9 NOVEMBRE 1815, du 17 JUILLET 1817, du 27 JUILLET 1818, du 16 JUILLET 1819, etc ...).

En 1833, enfin, le ministre de l'intérieur prescrit une enquête confiée à FERRUS, qui écrira son livre "DES ALIENES" qui représentera la documentation de base d'une loi sur les aliénés, dont il montre la nécessité.

Avant de rédiger un projet de loi, le gouvernement charge d'une enquête les médecins ESQUIROL et FERRUS qui sera nommé INSPECTEUR des maisons d'aliénés en 1833.

Le gouvernement établit un avant projet de loi très bref de huit articles.

La commission composée de Messieurs FLEURY, de CAMBIS, GAL MEYNARDIER, GIRAUD, de LABORDE, VIVIEN (sui sera rapporteur) AROUX, POULLE et MERLIN, propose un autre projet de loi, plus détaillé qui sera débattu pendant 28 séances, 14 à la chambre des DEPUTES, 14 à la chambre des PAIRS.

Ce débat durera du 6 janvier 1837 au 14 juin 1838, date d'adoption définitive du texte de loi.

Des médecins donnent leur avis pendant cette discussion après avoir été consultés pour le projet de loi : FERRUS, FALRET, VOISIN, SCIPION PINEL, ADEODAT FAVRE.

FALRET fait même circuler en 1837 un texte critiquant la législation existant avant 1837 et les projets de réforme. Le texte définitif tiendra largement compte de ses suggestions.

Le texte des débats a été in-extenso publié par le "MONITEUR UNIVERSEL" qui se chargeait d'imprimer et de rendre publics tous les débats des deux assemblées.

L'ensemble du compte rendu de ces débats a été repris dans une publication du "MINISTERE de L'INTERIEUR ET DES CULTES" datée de 1880 sous le titre "LEGISLATION SUR LES ALIENES ET LES ENFANTS ASSISTES" en trois tomes.

Ce sont les deux derniers qui sont consacrés aux débats.
Un certain nombre de faits modifièrent quelque peu ces données.

Tout d'abord, pendant toute la première moitié du débat - correspondant aux six premiers mois de l'année 1837, le parlement traversa une crise ministérielle et la discussion sur la loi des aliénés fût quelque peu négligée. Il y eut un absentéisme important et les débats se firent davantage dans les couloirs que dans la salle.

A la fin de 1837, la chambre fut renouvelée - en fait sa composition fut à peu près identique - lorsque la discussion recommença début 1838.

L'opinion au sujet de cette loi reste encore très discutée : la préoccupation majeure a-t-elle été le traitement et la guérison des aliénés, ou bien a-t-il été surtout question de les "ranger" quelque part

avec leurs médecins afin qu'ils ne troublent pas l'ordre public : auquel cas elle n'aurait été qu'une loi de police.

Il apparaît que les deux idées ont été débattues et c'est l'étude succinte de la discussion qui nous renseignera le mieux.

Il faut d'abord noter que les médecins ne sont pas restés à l'écart, mais ont apporté une contribution importante aux débats, qu'ils aient été simplement consultés, ou qu'ils aient été députés.

Ce qui irait dans le sens de la première hypothèse.

Le plus simple est d'en venir immédiatement aux principaux thèmes des débats.

La discussion a porté essentiellement sur trois points :

1) - La méfiance du ministre à l'égard des établissements privés,méfiance justifiée pour lui, parce que ces derniers n'apportaient pas de garanties suffisantes aux malades. Pour beaucoup il fallait les garder à condition qu'ils soient l'objet dune surveillance, sinon c'était porter atteinte à la libre intreprise et c'était prendre à la charge des départements des frais que d'autres avaient déjà faits.

2) - La crainte des séquestrations arbitraires. Certains députés (DE PORTALIS) prétendent qu'on a abusé du prétexte de folie pour interner des personnes saines d'esprit ; DUPIN accuse ESQUIROL de vouloir substituer CHARENTON à la BASTILLE, etc ...

Et pourtant dès cette époque on ne réussit pas à trouver d'exemple de séquestration arbitraire. Donc très grande préoccupation des garanties à la liberté individuelle.

La BASTILLE et sa transformation partielle en maison de fous, avec ses lettres de cachet (cf. SADE) fait encore très peur.

3) - La question la plus grave discutée : qui doit ordonner les internements - autorité administrative ou pouvoir judiciaire ?

Cette grave question a ses raisons. Dans notre droit Français, seule l'autorité judiciaire peut porter atteinte à la liberté individuelle. Si on confie l'ordonnance de placement au pouvoir administratif, on fait une loi d'exception (ce qui sera) et cela rend beaucoup de députés très réticents. Finalement, et les auteurs de l'avant-projet restent

inflexibles, c'est l'autorité administrative qui ordonnera les placements, pour rendre ceux-ci plus rapides et faciliter les choses.

Donc ces trois questions restent les préoccupations essentielles de la discussion de l'avant-projet.

Alors où se trouve la médecine dans tout cela ?

Il semble que ce soit surtout dans les professions de foi et les déclarations d'intention sans grande portée pratique.

En effet DE GASPARIN, Ministre de l'Intérieur dira en déposant l'avant-projet, qu'il demande "un traitement dont le succès repose sur un régime d'égards et de douceur". VIVIEN, dans son premier rapport (AVRIL 1837) écrit "les aliénés sont considérés non plus comme des êtres à jamais perdus pour tout le monde, devenus étrangers à l'humanité, mais comme des malades d'autant plus dignes de soins que leur état inspire plus de pitié ... Le but c'est la guérison et tout doit être mis en oeuvre pour l'atteindre".

DAns son rapport du 28 MARS 1838, il dit que l'état de maladie est la cause déterminante de l'admission.

"Nous n'avons pas voulu" dit-il encore "faire une loi judiciaire, nous avons d'abord considéré l'intérêt du malade".

BARTHELEMY lui est plus nuancé "l'isolement des aliénés est à la fois une mesure de sûreté et un moyen de guérison".

Par contre de PORTALIS, plus franc, observe "nous ne faisnns pas une loi pour la guérison, mais une loi d'administration, de police et de sûreté". Il ajoute, et ce sera lourd de conséquences, "l'établissement formé, les médecins introduits, abandonnez les individus à leur direction".

TRIPIER nous apprend que la commission a entendu pendant six semaines les hommes les plus connus et les plus instruits dans ce genre de maladie. On n'en finirait pas de citer toutes ces déclarations d'intention fort louables.

Quel en a été le résultat ?

A propos du traitement du malade, une seule mention, à l'article premier de la loi"chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir et soigner les aliénés" ; c'est tout.

Ce qui montre que la préoccupation essentielle n'est pas de ce côté. Elle traite de la création d'établissements publics et des conventions avec les établissements privés, moyen terme qui peut satisfaire tout le monde.

Par contre, la loi traite également des différents modes de placements, de façon à garantir au maximum, et dans ce sens c'est une loi exemplaire, la liberté individuelle en même temps que l'ordre public.

Elle traite des dépenses du service des aliénés, qui représente un problème très épineux. Elle essaie de prendre des dispositions relatives à la gestion des biens des malades, essai qui s'est avéré très insuffisant.

La loi prévoit un certain nombre de contrôles dans les établissements, effectués par l'autorité judiciaire, certains obligatoires (Procureur de la République, deux fois par an) d'autres facultatifs, ainsi qu'un certain nombre de recours possibles de la part des malades tant à propos de l'internement, qu'à propos de la gestion des biens.

Ce qui donne une garantie de plus à la liberté individuelle.

Fait très important : l'admission n'est plus conditionnée par l'interdiction.

Enfin comme toute loi, elle punit de sanctions tout contrevenant à ses dispositions. En 1839, elle est complétée par un règlement intérieur.

En premières conclusions, quelle signification peut-on donner à cette LOI du 30 JUIN 1838 ?

Nous en voyons de trois ordres :

1) Incontestablement c'est une loi d'assistance. L'ETAT prend en charge une catégorie d'aliénés, même si c'est pour les enfermer dans les asiles. Il prévoit des dépenses pour eux. Les malades admis en placement d'office ne paient pas. C'est la première loi d'assistance Française. C'est une loi de "BIENFAISANCE", de "TUTELLE" et de "CHARITE PUBLIQUE".

Très incomplète d'ailleurs, même pour cette époque. En effet, deux sortes de placement sont prévus : le placement d'office ordonné par le Préfet (ou le Maire en cas d'urgence) dont les frais sont pris en charge par le département et la commune d'origine.

Le placement volontaire, qui lui est payant. Le terme de volontaire ne signifie nullement que le malade se fait soigner de sa propre volonté, mais que celle-ci est déléguée à sa famille ou à ceux qui s'occupent de lui, s'il n'en a pas.

Avant de l'interner, on s'assure qu'il aura les moyens de payer ses frais de séjour.

Il faudra attendre les lois sociales de 1936 pour que cela change et que le terme d'ASSISTANCE SOCIALE prenne sa vraie signification.

D'autre part, et cela est dit pendant les débats, on essaie de définir pendant combien de temps restera interné un aliéné - ce qui revient à essayer de faire une discrimination : curables et incurables.

En principe, l'asile est prévu pour les curables (cela coûte moins cher). Au bout d'un certain temps, il est proposé que, s'il n'y a pas guérison, le malade soit placé dans un établissement d'incurables (hospice ou autres).

Alors que va-t-on faire des aliénés indigents inoffensifs ?

On ne s'en préoccupe pas et la loi les ignore. Pour les soigner, dès le début, il faudra passer pour eux par le placement d'office, ce qui représente un embryon d'internement abusif et aura son importance, sans que cela soit vraiment explicité, dans les futurs projets de réforme.

2) C'est une loi d'exception, la première également. Pour une fois ce n'est pas l'autorité judiciaire (avec la publicité que cela comporte) qui porte atteinte à la liberté individuelle. Et cela, de tous temps, choquera comme une atteinte à la liberté individuelle. Cela choquera, et l'opinion publique et ceux qui la représenteront dans les projets de réforme feront valoir avec force cet argument.

3) Une ambivalence se dégage de cette loi et de sa discussion LOI MEDICALE en même temps que LOI DE POLICE. Il est incontestable que les médecins de l'époque pensent que l'internement est le seul moyen de soigner l'aliéné. Ils le disent, ils insistent la-dessus et lors de la discussion, ils sont catégoriques. Or ils sont convaincants et ils sont écoutés. Dans ce sens, la loi va dans le sens de la doctrine médicale de l'époque et apparaît comme une LOI MEDICALE.

Mais d'un autre côté, il fallait ranger les aliénés quelque part, leur ménager une place en dehors de la Société, afin qu'ils ne soient pas les témoins gênants des bonnes moeurs. Et dans ce sens, on a créé pour eux les asiles en garantissant à la fois l'ordre public et la liberté individuelle.

Tout est pour le mieux, on a réussit ce tour de force de les enfermer avec leurs médecins dans les asiles. Et cela, c'est une loi de police.

Une phrase de BARTHELEMY résume bien cette ambivalence :

" Pour atteindre ce double but - (adoucir les maux des aliénés et protéger la société) elle (la loi) doit prescrire l'isolement des aliénés, car cet isolement, en même temps qu'il garantit le public de leurs écarts et de leurs excès, présente aux yeux de la science, le moyen le plus puissant de guérison. Heureuse coïncidence, qui, dans l'application des mesures rigoureuses, fait concourir l'avantage du malade avec le bien général".

Ceci est une manière à la fois naïve et cynique (pour notre époque) de s'exprimer.

Nous avons donc vu que cette loi dans son esprit est :

- UNE LOI D'ASSISTANCE
- UNE LOI D'EXCEPTION
- UNE LOI à la fois MEDICALE
  et de POLICE

Elle a un côté positif qu'il est difficile d'ignorer (même si les conséquences en seront parfois fâcheuses). Elle n'est pas médicale, seulement dans son élaboration. Mais elle aura, par la ségrégation des malades et de leurs médecins des effets très importants sur l'élaboration de la doctrine psychiatrique.

Le médecin se trouve à l'intérieur de l'asile avec les aliénés.

Tout le monde est satisfait. Les aliénés, cette catégorie d'individus gênante pour la morale, sont exclus. Le médecin, lui, a un matériel de choix pour étudier les "maladies de l'esprit", leur étiologie, leurs symptomes, voire leur thérapeutique.

Dans ce sens, et malgré tout ce qu'on peut reprocher à la ségrégation des malades mentaux, cette loi a permis l'élaboration de la doctrine psychiatrique, élaboration comportant comme toute science des erreurs et des observations justes.Avant la création des asiles on ne connaissait pas grand chose des maladies de l'esprit.

On était en plein ROMANTISME et on essayait surtout de comprendre la maladie mentale par l'étude des passions. Ce qui obligatoirement n'a pu que sous-entendre un certain nombre de jugements moraux, avec ce que cela comporte de conséquences : importance du vice, danger d'exposer les aliénés par crainte d'une contamination morale, etc ...

La ségrégation dans les asiles a au moins donné aux médecins des moyens d'observation, d'investigation et des possibilités d'essais thérapeutiques.

Il faut dès maintenant constater que ce texte de loi, qui a résisté si longtemps, présente cependant dès le départ des lacunes flagrantes qui ont ouvert de nombreuses brêches, permettant à ses détracteurs de la critiquer et d'y apporter les remèdes qu'ils ont jugé appropriés.

Nous allons passer en revue un certain nombre de ces lacunes, car elles tiennent à la loi elle-même, sans nous appesantir sur les critiques ni les solutions proposées qui feront l'objet d'un chapître ultérieur.

Nous avons déjà parlé du placement d'office gratuit et du placement volontaire payant sans que le texte de loi ne prévoie de place pour les aliénés indigents inoffensifs. Nous dirons simplement que le fait de mettre cette catégorie en placement d'office, peut, si on applique la loi d'une façon littérale, être critiquable et prêter le flanc à des attaques.

La loi ne prévoit le traitementque d'une certaine catégorie d'aliénés : les aliénés dangereux, les grands psychopathes, mais non les névrosés, ni ceux qui venlent se faire soigner de leur propre gré.

Il est difficile d'en faire un grief important, la connaissance des maladies mentales ne permettaient pas de faire grand'chose à cette époque.

Si on s'intéresse aux débats et en comprenant l'esprit de l'époque, on est obligé de se rendre compte qu'il existe deux formes de soins pour les aliénés. S'ils ont des ressources, l'établissement privé est encore la meilleure solution (et en fin de compte la majorité a été contre leur suppression).

Quand l'aliéné est indigent, il n'y a qu'une solution, l'asile public.

Le fait d'avoir inscrit dans la loi la possibilité de traiter avec les établissements privés du département rend encore plus scabreuse la situation de l'aliéné obligé d'entrer à l'asile. FALRET le fera bien remarquer : on oblige ainsi le malade à de longs déplacements, on l'éloigne de sa famille, donc on réduit la possibilité de visites ; le fait que la famille soit éloignée rend les contacts entre le médecin et elle encore plus difficiles.

La gestion des biens est une des rubriques de la loi qui a été la plus mal traitée. Peut-être savait-on que l'asile n'était en fait destiné qu'à recevoir les pauvres et que dans ce cas, en matière de gestion des biens, la sérénité des législateurs pouvait être complète.

De même, dans le texte de loi, rien n'est prévu pour certaines catégories spéciales d'aliénés : aliénés criminels, aliénés alcooliques, et en particulier enfants déficients. A ce sujet, il faut noter que la circulaire de 1839 dit qu'il ne faut pas mélanger enfants et adultes, mais prévoir pour les enfants des quartiers spéciaux.

En conclusion à ce chapître où nous avons tenté de voir très schématiquement comment s'était élaborée cette loi du 30 JUIN 1838, sa signification, ses côtés positifs et négatifs, nous pouvons dire que cette loi a été élaborée avec soin, qu'elle était nécessaire et consacrait la reconnaissance du fou comme malade mental, peut-être pas vraiment à soigner (ce n'est pas très clair) mais au moins à garder.

Nous pouvons dire aussi qu'elle offre un certain nombre de lacunes qui ont fait entre bien d'autres choses, que des suggestions de réforme de plus ou moins bonne foi se sont appuyées sur ses manques.

o

o o

CHAPITRE III

L'EVOLUTION DE LA DOCTRINE PSYCHIATRIQUE DE PINEL à NOS JOURS ET PARALLELEMENT CELLE DES ASILES

Dans ce chapître, nous nous référons essentiellement à l'article de Mr. H. EY, paru dans l'encyclopédie médico-chirurgicale.

PINEL libérant les fous de leurs chaînes, ces derniers étant repoussés dans les asiles, l'étude de la maladie mentale peut commencer.

Malgré ce double aspect : l'un positif, l'exigence sociale de soigner les aliénés, l'autre négatif, la nécessité de neutraliser les déviants dangereux pour eux-mêmes et pour autrui.

Le malade mental, dans ces conditions est difficile à définir.

Un fait au moins est net, on peut le repérer par rapport à la perte de son libre arbitre. Cette perte rend compte du statut de la folie par rapport à la norme juridique. Ainsi s'allient deux mesures, l'une positive : la protection, l'autre négative : l'internement, le rejet.

C'est dans les conditions de l'asile, médecins et malades enfermés ensemble, que va s'élaborer la doctrine psychiatrique du XIXème siècle.

Le ROMANTISME et la découverte de l'individu et de ses passions qui datent du début du siècle s'estompent très rapidement.

BAYLE, en 1822, par sa thèse sur la Paralysie Générale entraîne à sa suite les élèves de PINEL et les médecins de la SALPETRIERE à la recherche de révélations anatomo-pathologiques.

Il fallait parallèlement à la médecine physique essayer de couler la psychiatrie dans des cadres aussi rigides, qui puissent permettre de mettre sur pieds des entités anatomo- cliniques. Il fallait analyser le tableau clinique, le décomposer en symptômes. Il fallait réduire la maladie mentale à une lésion, c'est-à-dire la dépouiller de tout ce qui est psychique, pour en faire un phénomène purement physique.

L'homme qu'on séparait de ses semblables, il fallait que dans la machine qu'il représentait, il y ait, soit quelque chose de détraqué, soit quelque chose d'étranger, qu'on puisse extraire, pour qu'il soit de nouveau en état de marche.

Pour mettre de l'ordre dans la classification des maladies mentales les cliniciens s'appliquèrent à décrire minutieusement les symptômes de l'évolution des divers types de maladies, à les grouper pour mieux assurer leur jugement diagnostique et pronostique.

Nous pouvons citer dans ce sens les grands maîtres cliniciens : ESQUIROL, J.P. FALRET, CALMEIL, DELASSIAUVE, MOREAU (de Tours), BAILLARGER, LASSEGUE, MOREL, MAGNAN, SEGLAS, etc ...

Les aliénistes classaient patiemment leurs observations que ce soit à BICETRE, CHARENTON, la SALPETRIERE, SAINTE-ANNE, au sein de la Société Médico Psychologique fondée en 1852, ou en ANGLETERRE, au BETHLEEM HOSPITAL, aux ETATS-UNIS au BLOOMINGDALE HOSPITAL, au YORK-RETREAT ou au BELLEVUE HOSPITAL, ou bien encore dans les cliniques spécialisées de VIENNE, de BERLIN, de MUNICH, de ZURICH, etc ...

Cependant, on n'en était pas encore à la notion d'entités distinctes.

Il fallait pour cela que se constituât un "modèle" à la "maladie mentale", spécifique, qui puisse servir de prototype aux rêves de tous.

Ce modèle a été la PARALYSIE GENERALE, et les cliniciens se mirent à chercher des groupements cliniques si typiques qu'ils devaient manifester quelques facteurs étiologiques spécifiques, ou au moins des types de lésions suffisamment constants pour pouvoir découper le champ de la psychiatrie en entités aussi claires que la Paralysie Générale.

Ainsi l'excellent travail de description de types cliniques s'est trouvé empoisonné par la recherche artificielle d'entités, vidant ces types et apparaissant comme abstraites

Au lieu de décrire des tableaux cliniques, des manifestations, des syndromes, les médecins se sont attachés à rechercher des "catégories" de maladies mentales répondant chacune à une affection spécifique.

C'est MOREL qui engagea les classifications dans une confusion de formes étiologiques et séméiologiques. On peut se reporter à ce sujet à la discussion qui eut lieu à la SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE de PARIS de novembre 1860 à Mai 1861.

L'opération s'est passée en plusieurs temps : d'abord la description d'entités compte non tenu de sa pathologie spécifique.

Deuxième temps, recherche de ces "entités".

Troisième temps, dégagement de types qui eux, sont restés à la base de la clinique psychiatrique.

Le premier isolé fut le groupe des monomanies (ESQUIROL, J.P. FALRET). Puis à la fin du siècle, on délaissa ces formes qui constituèrent le résidu "dégénératif" (EY) de la pathologie mentale.

Il en est résulté la constitution de certaines entités nosographiques.

Puis apparut sur la scène la "folie circulaire" (J.P. FALRET) folie à double forme (BAILLARGER) psychose maniaco-dépressive ((KRAEPELIN).

En opposition à ces troubles intermittents, dont la symptomatologie se retrouvait facilement dans certaines familles, chez un certain type d'individus, on fut amené à isoler ce qui devint la "démence précoce".

Presque tout devait alors entrer dans la démence précoce ou schizophrénie (désagrégation de la vie psychique, terme créé par BLEULER en 1917).

La confusion mentale ne fut acceptée que comme un syndrome.

Donc pour l'école classique du XIXème siècle, une "entité" devait répondre à l'idée d'une affection autonome dont la symptomatologie devait rigoureusement être déterminée par une cause spécifique (EY).

Quand la nature ne se pliait pas à cette définition, alors la maladie était de façon abstraite attribuée à une liaison constitutionnelle de la maladie à l'individualité du malade. Nous sommes très près dans cette interprétation de l'idée que pour MAGNAN la maladie mentale était liée à la dégénérescence primitive du malade.

Les choses ne s'arrêtèrent pas là. Les cliniciens poussèrent plus loin l'analyse de ces entités, en disséquant littéralement chaque élément morbide. On assiste alors à des descriptions sans fin, et sur-

tout sans vie de chaque symptome. Chacun donne son avis sur chaque forme d'hallucination, la vidant ainsi de son contenu et de son lien avec la maladie elle-même.

On en arrive à un "pointillisme" (EY) descriptif outrancier, à une "analyse atomistique de la maladie" (EY).

Les hallucinations sont détachées du délire, celui-ci a perdu sa vie psychique et sa signification dans la maladie (s'il l'avait jamais eue).

Le même travail s'accomplit pour les obsessions, la catatonie, l'hystérie,l'épilepsie, etc ...

Au terme de cet émiettement, la psychiatrie se présente pour l'aliéniste comme constituée d'objets inertes qu'il ne peut plus utiliser car ils n'ont plus aucun rapport avec l'homme vivant malade.

A ce stade du morcellement inerte et mort des symptômes psychiatriques, on suivra de nouveau un modèle qui pourra guider les médecins désireux de compléter cette dissection par la recherche d'une étiologie précise : c'est l'aphasie. Comme pour chaque manifestation de l'aphasie on a retrouvé une localisation cérébrale précise, on a essayé de repérer sur l'écorce cérébrale des fonctions sensori-psychomotrices permettant de fournir l'espace nécessaire au découpage psychologique.

Au pointillisme séméiologique a correspondu l'automatisme des centres qui en se déchargeant provoquait sensations, hallucinations, impulsions, idées délirantes, obsessions, etc ... Leur juxtaposition composait la "mosaïque séméiologique des psychoses" (EY).

Le fou reste un malade, cela est sûr, mais il est appréhendé aussi comme une machine détraquée. C'est le "fou machine" de la fin du XIXème siècle.

On en arriva à une impasse, qui nous le verrons plus loin, aura des effets désastreux sur son traitement, sa vie asilaire, ses rapports avec la société. Le seul traitement possible à cette époque est plus que jamais l'internement,privé cette fois du mouvement philanthropique qui l'avait animé au début du siècle.

Le "fou machine" est un homme dégénéré et l'asile le traitera comme tel,

Le passage de la psychiatrie mécaniste du XIXème siècle à la psychiatrie de l'extrême fin du XIXème siècle et surtout d début du XXème siècle est appelé par ZILBOORG à juste titre "la deuxième révolution psychiatrique".

La première s'était développée en étroite relation avec une psychologie et une philosophie mécanistes (héritage direct du cartésianisme).

La seconde a essayé de considérer l'homme dans sa totalité, ce qui lui a redonné un dynamisme impossible à quelques décennies en arrière.

Il faut remarquer que l'atmosphère philosophique de l'époque (de KANT à SCHOPENHAUER) s'est préoccupée de la vie intérieure de l'homme et des formes subjectives de sa nature. Ce n'est donc pas par hasard que des hommes comme MESMER, BREAD, BERNHEIM; CHARCOT, FREUD, se sont eux-mêmes penchés sur l'homme malade dans son entier, de façon plus intuitive, révolutionnant la psychiatrie en substituant l'idée d'une causalité psychique à celle d'une causalité physique, l'idée d'une influence morale à celle d'une influence physique.

Ces méthodes font de la maladie mentale l'expression de la nature de l'homme, considérant l'homme malade mental en proie à ses angoisses et à ses conflits intérieurs, font dépendre ses troubles d'une difficulté de relation avec les autres.

Cette nouvelle perspective devait bouleverser la psychiatrie.

Certains psychiatres voulurent délivrer le malade mental de l'asile (en particulier aux ETATS-UNIS). D'autres plus nombreux cherchèrent à l'OUVRIR (premières expériences du "no restraint", de "l'open door").

On essaya d'intensifier la socialisation du malade mental et d'instituer des méthodes de thérapeutique active.

On note en même temps, des réactions contre la nosographie "KRAEPELINIENNE" (c'est lui qui avait porté à son apogée cette nosographie qui était le rêve de tous). Les entités commencent à être abandonnées par l'école française au profit des syndromes.

L'école allemande est plus réticente. L'interprétation du lien doctrinal devient plus souple et plus ouverte à des théories psychogénétiques et dynamistes.

On s'est de plus en plus habitué à considérer qu'il n'y avait pas de maladies mentales bien tranchées, qu'elles n'étaient pas obligatoirement d'origine endogène, mais qu'elles pouvaient représenter des types de réactions à des situations très différentes.

En même temps, la séméiologie se modifie. La décomposition en atomes séméiologiques devient caduque. On y perd en exactitude pour y gagner en réalisme.

Le concept de localisation cérébrale est révisé. Auparavant la destruction d'une partie de l'écoce cérébrale aboutissait à la disparition d'une fonction. A partir de l'interprétation de JACKSON, la destruction d'une partie de l'écoce cérébrale n'aboutit pas à l'abolition d'une fonction, mais ne permet plus à un certain nombre de fonctions de se dérouler à un niveau normal.

L'homme n'est plus vu par petits morceaux, mais dans son ensemble. Sous la lésion il y a un édifice fonctionnel qui entre dans la composition dynamique des symptômes.

On assiste à un retour à un vitalisme et à un humanisme fonciers des conceptions pathologiques. Cela a permis de sentir que la maladie mentale pouvait être "considérée comme libérant les instances inconscientes de l'être" (EY).

Aussi l'automatisme psychologique étudié par P. JANET et l'inconscient découvert par FREUD (tous les deux de la même école de CHARCOT) devaient axer la maladie mentale plutôt sur les névroses que sur les psychoses.

Cette orientation vers les névroses s'est opérée en réaction à la psychiatrie mécaniste. Cependant, même dans les psychoses, l'idée de causalité psychique n'a jamais cessé de s'imposer. Ce domaine apparaissait cependant comme plus difficile à étudier. Il faut mentionner dans cet effort vers une théorie psychogène des psychoses, les travaux de W. IDELER (école allemande) qui essaie de pénétrer (avant la venue de FREUD) le délire du dedans. "Les maladies mentales ont un sens".

"Ce sens fait partie intégrante, il est même à l'origine des troubles".

"Il existe dans l'être psychique une intentionnalité qui se satisfait dans la maladie mentale".

Petit à petit, l'idée d'une "causalité psychique pure" va absorber tout le champ de la psychiatrie, après s'être attaqué d'abord à l'hystérie, articulation apparente du physique et du moral. C'est l'histoire si fertile du magnétisme et de l'hypnotisme, avec les théories animistes de Nancy et fluidistes de Paris.

C'est à propos de l'hystérie que reprit la querelle des "anciens" (CHARCOT) préconisant les théories organo-mécanicistes et des "modernes" pour qui l'hystérie devint suggestion ou image pure (selon BABINSKI ou FREUD).

FREUD découvrant le dynamisme propre de l'inconscient, allait, tout en éclairant d'un jour nouveau toute la psychiatrie, passer par la thérapeutique des névroses pour en arriver à une théorie générale du rôle de l'inconscient dans l'humanité.

Il a ouvert une nouvelle dimension à la psychiatrie, en étudiant la psychologie des "profondeurs" de l'être humain. Une nouvelle école se forma autour de lui (souvent en dehors aussi) et partout se créérent des instituts de psychanalyse.

La psychiatrie française et allemande se montrèrent résistantes aux conceptions Freudiennes après la première guerre mondiale, la seconde guerre mondiale fut précédée et suivie d'un essor très grand dans les pays anglo-saxons.

Les névroses ne sont pas restées le domaine réservé à la psychanalyse, les psychoses ont été également abordées de ce point de vue.

La psychanalyse nous fait déboucher maintenant sur une conception très importante.

Si avant et au moment de la loi de 1838, la séparation était nette entre les aliénés et les normaux, compte tenu d'ailleurs du fait que seuls étaient considérés comme fous les grands aliénés, la psychologie des profondeurs, s'adressant essentiellement aux névrosés rend entre ceux-ci et les êtres dits normaux la frontière beaucoup plus floue.

Pour un grand nombre de psychiatres "nouveau style" il n'y a ni normal ni pathologique.

"Aussi après une psychiatrie "solide" s'est constitué une psychiatrie "fluide". Après une psychiatrie trop étrangère (aliénée) à l'humanité, nous avons une psychiatrie qui absorbe l'humanité toute entière, et voulant trop embrasser, n'étreint plus rien" (EY).

Pour nous résumer, quels sont les mouvements doctrinaux contemporains ?

I - CONCEPTIONS MECANISTES

Etiologie essentiellement physique à l'exclusion de l'étiologie psychique.

a) LA DOCTRINE REELEXOLOGIQUE DE PAVLOV

Les troubles sont corticaux, fonctionnels, réversibles, dûs à la situation pathologique (modification traumatisante des facteurs et agents conditionnants). Le trouble se définit par une lésion de la dynamique corticale.

b) LA NEURO-PSYCHOPATHOLOGIE DE KLEIST

Pour cet auteur, les psychoses sont constituées par une mosaïque de symptômes qui témoignent d'une atteinte des grandes fonctions psychiques.

La carte topographique des localisations psychiques constitue ici le support des explications fondamentales de la théorie.

II - CONCEPTIONS PSYCHOGENETIQUES

En dernière analyse dans cette conception, le trouble psychique s'explique soit par le motif d'une situation qui entraîne une réaction soit par le mobile d'une tendance plus ou moins inconsciente.

a) THEORIE DES TROUBLES MENTAUX REACTIONNELS AUX SITUATIONS VITALES

C'est ce que l'on a appelé les "causes morales de la folie" ; toutes les situations traumatisantes ont été érigées en théorie socio-psychogénétique. La folie était une réponse à ces situations traumatisantes.

On s'est aperçu que la réponse n'était pas homogène et ne répondait pas toujours de la même façon à l'évènement traumatisant.Donc les réactions ne sont pas toujours homotypiques, mais admettent une certaine hétérotypie. C'est alors qu'elles sont vraiment pathologiques parce que non humainement motivées et non justifiées. On est obligé de sous-entendre une notion de réaction personnelle, de seuil de réaction ou d'émotivité, etc ...

b) THEORIE PSYCHANALYTIQUE DES MANIFESTATIONS DE L'INCONSCIENT

Ce sont les théories psychogénétiques les plus radicales et les plus profondes de toutes. Elles font appel pour expliquer les troubles mentaux aux forces de l'inconscient.

La première forme de la- théorie psychanalytique de FREUD a été une théorie du traumatisme pathogène inconscient.

Cependant cette explication a paru ultérieurement moins satisfaisante dans la mesure ou la technique psychanalytique découvrait non pas tel ou tel traumatisme, mais plutôt un conflit des pulsions. De sorte que l'explication psychogénétique est devenue moins absolue.

III - RAPPROCHEMENT DES DEUX POSITIONS EXTREMES

Ainsi les théories mécanistes ont subi une inflexion importante vers une :

a) THEORIE DYNAMISTE DE LA PATHOLOGIE CEREBRALE

Ce sont les travaux de P. GUIRAUD en particulier (doctrine du monisme à double aspect).

b) PSYCHOLOGIE DE LA FORME ET GESTALT-PSYCHOLOGIE

C'est la psychologie du comportement (behaviorisme)

De même les théories psychogénétistes ont subi un mouvement très important.

a) LA PSYCHANALYSE

Tend à retrouver son inspiration organo-dynamiste.

La notion de "régression" paraît ici importante. FREUD en a dit lui-même "Nous ne pouvons pas affirmer que la régression de la libido soit un processus purement psychologique, bien qu'elle exerce sur la

vie psychique une influence très profonde, il n'en reste pas moins vrai que le facteur organique domine chez elle" ("Introduction à la Psychanalyse").

b) LA PHENOMENOLOGIE

La notion de structure a,dans cette conception, une importance capitale. Il s'agit de comprendre, non d'expliquer, car l'objet de l'analyse phénoménologique est cette compréhension qui assimile tous les aspects, tous les plans de l'expérience psychique réellement vécue.

Cette théorie se propose d'abourir à une analyse existentielle de l'être malade. Elle est aux yeux de ses auteurs une méthode capable de comprendre le malade dans la totalité de ses relations avec son monde et autrui.

L'analyse structurale des troubles tend à se rapprocher de la psychanalyse.

L'EVOLUTION DE L'ASILE

On ne peut la dissocier de l'évolution de la doctrine psychiatrique car elle en découle en grande partie.

Nous avons vu qu'au XIXème siècle, l'aliéné était appréhendé comme une machine détraquée et non comme un homme malade. Pour être protégé contre lui-même, s'est cristallisée la conviction qu'il fallait l'enfermer dans les asiles, que c'était le seul traitement possible.

EMILE KRAEPELIN domine cette époque par la mise au point de sa nosographie qui s'intéresse plus à la maladie qu'au malade. Il faut dire que la médecine expérimentale et positiviste s'est considérablement développée et n'a pas été sans influencer le développement de la psychiatrie, qui se veut en somme plus neurologique que psychique.

Chez KRAEPELIN, on rencontre cette idée fataliste que le pronostic est lié au diagnostic et qu'il faut observer l'évolution pour faire le diagnostic. C'est une attitude anti-thérapeutique qui aboutit à une hospitalisation prolongée, elle-même facteur d'aliénation.

Il y a ainsi un lien direct entre la pensée de KRAEPELIN (que nous avons pris comme modèle) et la situation des asiles de l'époque.

Vers la fin du XIXème siècle naît toute une architecture asilaire dont le mur d'enceinte assure la fonction essentielle. Ce sont de véritables forteresses, situées à l'extérieur des agglomarations.

HAUSSMAN, Préfet de Paris, avait prévu une ceinture d'asiles autour de Paris, qui se réalisa partiellement avec VILLE EVRARD, MAISON BLANCHE, VILLEJUIF et VAUCLUSE.

On vit mieux à cette époque (ou tout au moins une élite) et on préfère éloigner ces "fous" le plus possible.

Pour en revenir à l'asile lui-même, à l'intérieur de la forteresse, les bâtiments ne sont nullement aménagés pour y soigner les malades mentaux. Sans compter qu'en dehors des asiles construits à la fin du XIXème siècle, d'anciennes abbayes ont été transformées en asiles, ce qui du point de vue de l'organisation intérieure, n'a pas rendu les choses faciles.

En général, les bâtiments y sont trop vastes, on y trouve des préaux d'agités, des quartiers cellulaires, des cours de prison.

"Ce sont, dit SERIEUX, des renfermeries, et non des hôpitaux de traitement".

De plus l'encombrement rend tout essai de traitement pratiquement inefficace. Le nombre des malades confiés à un seul médecin est très élevé, souvent 600, jusqu'à 1 000 ou 1 500.

Le défaut d'espace est flagrant, le cubage d'air insuffisant, les salles communes beaucoup trop petites, leur vue limitée par les murs.

L'asile de ST-DIZIER, visité en 1901 par SERIEUX est divisé en catégories : infirmerie, et malades en observation, semi-tranquilles, épileptiques, agités, enfants.

Ce type de classification est plus fondé sur une ségrégation intérieure rendue nécessaire par la "renfermerie", que sur de quelconques principes thérapeutiques.

Résumant ses critiques, SERIEUX écrit à propos de la visite médicale "l'organisation défectueuse des asiles d'aliénés aussi bien du

point de vue matériel qu'au point de vue moral, le chiffre énorme de population, l'encombrement des divers quartiers, l'entassement et la promiscuité des formes les plus variées dans les casernes nuellement adaptées à leur destination, la pénurie des médecins, l'insuffisance numérique et intellectuelle du personnel de surveillance, l'organisation pitoyable du service médical, toutes ces conceptions déplorables viennent en effet se traduire d'une façon tangible dans la visite médicale ... quant à l'action thérapeutique qui peut être exercée au cours du passage forcément rapide d'un médecin devant six ou huit cents malades, cette action n'apparait-elle pas comme bien inefficace ?

La caractéristique de la "visite" quotidienne est en réalité l'absence de toute intervention médicale digne de ce nom" le farniente thérapeutique".

La forteresse asilaire est organisée en cours grillagées, pour ménager aux malades une place au soleil. Ils ont des cellules propres, mais cadenassées pour les isoler, des camisoles de force pour leur éviter de se blesser ou de s'évader, une vague visite cordiale du médecin pour les encourager, un pécule pour les récompenser du travail - qu'ils doivent à l'établissement - alors qu'au départ ce travail était considéré comme moyen thérapeutique - des gardiens robustes pour contenir leurs tristes fureurs, des visites contrôlées, dans leur intérêt, etc ...

Nous ne reviendrons pas sur les prescriptions de la Loi de 1838, ni sur le règlement intérieur qui l'a suivie. Tout cela constitue toujours et plus que jamais le statut de l'internement. Avec, au fur et à mesure qu'on oublie l'homme dans l'aliéné, la disparition de l'esprit philanthropique des premiers aliénistes, pour aboutir à une dégradation de plus en plus flagrante des asiles, lieu d'internement de plus en plus oublié.

Il faut aussi ajouter que les aliénistes étaient au début bien rémunérés et ontvu leur niveau de vie s'abaisser de plus en plus, en particulier par rapport aux médecins des autres disciplines.

Il faut noter, à l'appui de ce que nous venons d'avancer, que les dépenses des départements pour les aliénés cessent d'être obligatoires en 1872.

La durée moyenne du séjour d'un infirmier (sous-payé lui aussi) dans les asiles est alors de trois mois. En cette fin de siècle, le cli-

mat de l'asile est très marqué par son caractère autoritaire et administratif.

Hiérarchie et séparation des sexes en sont des traits fondamentaux.

Le système psychiatrique français reste alors bureaucratique et centralisé.

Le personnel infirmier est recruté sans discernement, souvent parmi un sous-prolétariat, et surtout en fonction de sa force musculaire.

Il est la plupart du temps saisonnier. Ses conditions de travail sont très mauvaises : régime de travail de 24 h sur 24 pendant lesquelles les gardiens vivent avec les malades.

Le service de veille ne sera organisé qu'en 1857, et encore, tous les gardiens devront cependant rester à leur poste dans les dortoirs.

En 1882, l'instruction primaire devient obligatoire, ce qui est un progrès, la majorité des gardiens étant alors illétrés.

En 1901, les asiles de la Seine adoptent un régime de travail de 12 heures.

Vers cette époque, on commence à parler de formation des infirmiers et d'enseignement professionnel mouvement fortement impulsé par des médecins. Les premières écoles d'infirmiers sont ouvertes à la SALPETRIERE, le 1er Avril 1878 ; d'autres suivront.

A la suite d'une circulaire, certains asiles s'équipent d'une école (en Province surtout).

Le mouvement est également étayé par la loi du 15 JUILLET 1893, instituant l'assistance médicale gratuite et mettant l'Etat devant la nécessité de donner aux infirmiers un enseignement, partant du principe "que les soins les plus intelligents sont aussi les plus économiques".

Cette évolution est heureuse, mais l'asile n'a pas évolue par lui même pour autant ; il faudra encore attendre longtemps pour que des réalisations efficaces se fassent jour.

Nous venons de voir que du point de vue de l'asile, cette fin de siècle marque une crise. Du point de vue doctrinal des tendances contradictoires se heurtent, mais dans les asiles, ce sont les éléments de stagnation et le conservatisme qui l'emportent.

Cette crise est marquée sur le plan doctrinal par l'apparition de FREUD dont "l'interprétation des rêves", datée de 1900 reste dans un silence complet pendant dix ans.

Pour lui, la relation thérapeutique ne fait plus du malade un objet à qui on restitue son statut de sujet, mais le tharapeute, au lieu de rester extérieur à la relation, devient inclus dans celle-ci.

Il en découle pour les institutions psychiatriques des conséquences de taille : elles peuvent devenir thérapeutiques, ce qui suppose pour elles des transformations considérables, la ségrégation du malade mental n'a plus lieu d'être le rôle de l'hôpital peut être transformé en faisant du malade mental, un hommeppouvant être soigné dans la collectivité.

Cependant apparemment la situation des asiles reste immobile.

Seule une consultation de psychanalyse à SAINTE-ANNE marque un début d'implantation à l'hôpital psychiatrique, en 1923.

Cependant, en 1913, DUMAYE écrit "nous croyons indispensables de faire de l'asile une maison de santé véritable. Nous croyons très utile la rélégation du terme d'aliéné aujourd'hui malsonnant et d'ailleurs fort souvent inexact. Nous voudrions enfin voir annexer à nos établissements des sections ouvertes pour les psycho-névrosés qui relèvent autant du psychiatre que du neurologiste" (sur le problème du "service ouvert" nous reviendrons en détail dans le chapître suivant).

Les thérapeutiques psychiatriques alors restent biologiques (choc cardiozolique, coma insulinique, lobotomies). Il n'en reste pas moins que pour BALVET, l'apparition de traitements biologiques rend plus facile la transformation de l'asile en hôpital. Pour lui, ceci est un fait positif.

En même temps, on essaie d'instaurer des méthodes thérapeutiques actives : ergo-thérapie par exemple. Tout cela montre la nécessité d'un changement d'architecture de l'hôpital psychiatrique avec des structures plus adaptées.

La pratique des services ouverts (inaugurée par E. TOULOUSE en 1922) s'étend.

La loi sur les Assurances Sociales (1930) vient apporter un espoir nouveau, car elle substitue à la notion de CHARITE, celle de l'ASSURANCE et, de plus, elle assimile le malade mental au malade ordinaire, en prenant en charge l'aliénation mentale.

De même en 1922, l'instauration des diplomes d'Etat pour les infirmiers (dans les hôpitaux généraux) aura des conséquences sur l'organisation des hôpitaux psychiatriques, par la constitution à plus lointaine échéance d'un personnel soignant authentique.

En 1919, une loi instaure la journée de 8 heures pour le personnel soignant des hôpitaux généraux. En 1927, la Chambre des Députés vote l'extension de cette loi aux hôpitaux et asiles d'aliénés - elle est repoussée par le Sénat". Le malade mental et le personnel soignant continuent d'être aliénés".

C'est l'arrêté du 26 mai 1930 qui précise la situation des infirmiers d'asile et règlements pour eux l'obtention du diplôme d'Etat.

Cependant ce texte est resté longtemps lettre morte.

C'est en 1936, après l'avènement du Front Populaire, que les infirmiers d'asiles pourront vraiment bénéficier des lois sociales.

Le 21 juin 1936, la semaine de 40 heures est officiellement applicable aux infirmiers - mais dès 1937 cette conquête est contestée.

En 1936, le personnel secondaire des asiles départementaux obtient une série d'avantages substantiels.

En même temps, que ces progrès sociaux, l'apparition d'un véritable mouvement thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques permet d'aller de l'avant.

C'est aussi à cette époque (1937 circulaire RUCART) que s'organise la prophylaxie mentale.

C'est en 1938 qu'est réellement instauré le placement volontaire gratuit.

A partir de 1937, symbole bien sûr, les asiles s'appelleront "hôpitaux psychiatriques".

Pendant la seconde guerre mondiale, l'hôpital psychiatrique sera durement toutché : 40 000 morts. Pour HITLER, l'extermination du malade mental faisait partie de ses théories. Après cette période particulièrement noire, la psychiatrie a connu un renouveau en 1945, avec l'instauration de la Sécurité Sociale, avec l'extension de méthodes thérapeutiques nouvelles, (on peut citer l'hôpital de Saint-Alban).

L'hôpital psychiatrique n'est plus devenu le lieu exclusif de soins Les nouvelles constructions sont dépourvues de murs d'enceinte, d'anciens murs ont été démolis.

Les soins dans la communauté ont pris une impulsion nouvelle. Et malgré beaucoup de manques, (dus très souvent à une absence de crédits) on peut dire que l'asile n'est plus ce qu'il était, une renfermerie, mais un lieu de soins, qu'ils soient biologiques ou (plutôt et) psychothérapiques (psychothérapie institutionnelle et de groupe).

Nous concluerons avec VERMOREL et MEYLAN (chez qui nous avons beaucoup puisé pour ce chapître).

"L'hôpital psychiatrique ou la psychiatrie communautaire actuelle ne sont point des étapes successives d'une sorte d'allée triomphale qu'on appellerait le progrès. Ce sont plus banalement des types de réponse à des problèmes existant à chaque époque. Et la notion de progrès, si on veut la maintenir, serait alors d'un autre ordre : la possibilité de mettre en accord pour les psychiatres d'aujourd'hui par exemple les conditions du traitement psychiatrique avec les possibilités réelles et actuelles. C'est pourquoi l'histoire de la psychiatrie ne débouche point sur le fatalisme, ni sur une négation de l'humanisme, car l'objet du psychiatre, du thérapeute, c'est le malade - tel homme en particulier - dans sa vie, son drame personnel, ses sentiments et sa souffrance".

o

o o

CHAPITRE IV

LES PROJETS DE REVISION DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 ET LES REALISATIONS EN MATIERE D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

Après ces trois chapîtres qui nous ont paru utiles pour la compréhension de notre travail, nous en arrivons maintenantà l'histoire touffue et fertile des critiques, tentatives de réforme et aménagements de cette loi du 30 juin 1838 qui apparaît encore si solide.

Lors du vote de la loi et de la promulgation du règlement intérieur des asiles en 1839, jusqu'en 1860 environ, nous ne trouvons pratiquement pas de critique à la loi. Elle paraît satisfaire tout le monde. Les quelques critiques émises, sont d'une façon générale, faites par ceux même qui ont contribué à édifier cette loi, dont J.P. FALRET qui, dès 1843 reprendra des critiques qu'il avait déjà faites pendant la discussion du projet de loi.

Son attention porte essentiellement sur l'article I de la loi "chaque département est tenu d'avoir un établissement destiné à recevoir et à soigner des aliénés, ou de traiter à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département".

Il trouve la deuxième partie de cet article abusive quant au droit commun des malades. Elle les oblige souvent à se faire traiter loin de leur lieu d'habitation, ce qui lui paraît être un inconvénient pour le malade, sa famille et le médecin asilaire. Il dira même "la satisfaction d'un intérêt particulier est substituée à l'économie de la bienfaisance publique".

Il préconise le traitement de tout aliéné dans son propre département "comme les autres malades".

De plus, il souligne déjà une lacune de la loi = un cas n'est pas prévu, celui où le malade vient se faire hospitaliser de lui-même, cas dit-il "à la vérité rare et exceptionnel".

Puis brusquement, après plus de 20 ans de silence, apparaissent des projets de réforme de la loi de 1838, sans arrêt pratiquement jusqu'à la seconde guerre mondiale, faits soit par des juristes, soit par des médecins, soit par les deux.

Il est intéressant de savoir à quoi nous devons cet éveil brutal et cet intérêt soudain pour cette loi.

Il apparaît qu'à la fin du second Empire, on assiste brusquement à des campagnes de presse passionnées contre les asiles. Ce qui a nourri ces campagnes, ce sont essentiellement des accusations de "séquestrations arbitraires".

Tout d'abord l'affaire Sandon = à la suite d'un procès qu'il intentait contre le Ministre de l'Intérieur, après avoir été arrêté, seize fois par la police, il fut interné à Charenton pour manie raisonneuse, et libéré par le tribunal à la suite de la mort du Ministre en question.

La presse s'empare aussitôt de cette affaire. Sandon intente un procès aux médecins, Tardieu, Blanche, Parchappe, Foville, Baillarger et Mitivié.

Il les accuse de complaisance coupable envers un Ministre tout puissant. Cette affaire de "séquestration" est exploitée contre le gouvernement impérial, d'abord par les journaux d'opposition, puis par tous les journaux. Cette campagne va durer dix ans. Le gouvernement ne réagit pas. Peut-être a-t-il préféré que la presse se passionne contre les asiles, les médecins et la loi de 38, plutôt que contre sa politique.

Ces attaques de l'opinion publique sont faites beaucoup plus contre les aliénistes, que contre la loi elle-même. De nombreuses pétitions sont envoyées au Sénat.

L'une d'elle, émane d'une infirmière de l'asile de Châlon sur Marne, qui la publie dans les journaux accusant "l'omnipotence médicale sans contrôle sérieux, la séquestration indéfinie, l'abandon complet d'un citoyen déclaré fou par un seul médecin, à un autre médecin seul chargé de le nourrir, de le soigner, de juger son état mental ... et qui jouit du pouvoir discrétionnaire de traiter et de punir l'aliéné".

Les journaux décrivent l'asile "lieu de misère et de torture, oubliettes où le pouvoir médical, sombre et despotique, règne sans contrôle".

Une autre pétition importante émane du Docteur TURCK qui affirme que les fous meurent dans les asiles comme les animaux sauvages dans les ménageries, d'ennui et de désespoir. Il dit qu'en 40 ans, les asiles français tuent 120 000 citoyens.

Le Docteur SAUREL demande, parmi la masse des pétitions, que "les médecins ne puissent plus délivrer de certificats pour des établissements dont on ne sait pas comment on en sort".

Le Docteur THUILIE, ancien interne de Charenton réfute les exagérations de TURCK, mais s'associe aux critiques formulées contre la loi.

Le Sénat, nomme une commission chargée d'examiner ces pétitions et son rapporteur SUIN, conclut que les attaques sont mal fondées, que la loi donne des garanties suffisantes, contre les séquestrations arbitraires.

D'autres séquestrations pseudo arbitraires (celles de SELLIERE, de Melle de MONASTERIO) continuent à alimenter les polémiques lorsque GARSONNET publie une brochure sur "la loi sur les aliénés, nécessité d'une réforme". Il reconnaît dans sa préface avoir été "atteint deux fois d'un délire aigu authentiquement constaté". Il proteste contre "le pouvoir médical qui a usurpé des attributions formidables". Il termine son réquisitoire en écrivant "le vrai bienfaiteur de l'humanité, a dit judicieusement le Dr. TURCK, est celui qui détruira l'oeuvre de PINEL".

Le gouvernement impérial fait faire en 1869, une enquête administrative sur la loi, enquête qui sur 49 réclamations ne trouve pas de séquestration arbitraire.

Cependant des attaques violentes continuent. Elles visent surtout les mécedins. L'Association Générale des Médecins de France proteste. C'est dans cet esprit polémique où l'opinion publique montre qu'elle craint plus que tout la séquestration arbitraire et l'absence

de garanties à la liberté individuelle que va naître le premier projet de révision de la loi de 1838, projet qui aura une influence sur tous les autres, après avoir été lui-même influencé par l'opinion publique ; Jules FALRET écrira "les adversaires de la loi sont préoccupés par la crainte chimérique qui consiste à croire qu'il suffit d'un séjour de quelques jours ou même de quelques heures dans nne maison d'aliénés, pour rendre fou un homme sain d'esprit".

Même Th. ROUSSEL, auteur d'un projet de révision écrira : "Dans cette sorte de croisade contre la loi de 1838, tous ses adversaires ont raisonné comme si les aliénés étaient uniquement des citoyens dont les droits à la liberté sont, mis en péril, et non des malades qu'il s'agit de recueillir, de soigner, de guérir".

Avant le premier projet de révision, la commission extra parlementaire de 1869 reconnaît l'insuffisance du contrôle prescrit par la loi de 1838, demande la réunion des fonctions de Directeur et de Médecin et propose la création d'une commission de contrôle médico-judiciaire permanente. Cette idée avait déjà été proposée dans le premier projet du gouvernement présenté par de GASPARIN, en 1837.

LE PROJET DE LOI GAMBETTA ET MAGNIN (1870)

Gambetta dépose à la chambre des Députés, un projet de loi "l'opinion publique, dit-il, est justement préoccupée des aliénés, ... elle s'émeut des dangers que fait courir, à la liberté individuelle, la loi trop facile de 1838 ...".

Les arguments du projet GAMBETTA-MAGNIN sont tirés de la presse et des pamphlets de TURCK et de GARSONNET.

Ce projet préconise dans le cas du placement volontaire :

1) demande d'admission par le parent de l'aliéné au Président du Tribunal.
2) Le Président commet un médecin expert qui prêtera serment et fera un rapport.

3) si au vu de ce rapport, le Président juge qu'il faut prendre la demande en considération, il convoque le jury qui se réunira dans les 3 jours.

4) Le jury spécial se compose : d'un juge au Tribunal de première instance ; d'un des juges de paix du chef lieu d'arrondissement ; d'un avocat, ou dans les villes qui n'en ont pas, d'un avoué ou d'un notaire ; d'un membre du conseil municipal du chef lieu de l'arrondissement ; d'un médecin de ce même chef lieu et de 6 personnes désignées par le sort sur la liste du jury des assises et habitant le chef lieu d'arrondissement.

5) Le Président entend la personne qui demande le placement, le médecin expert, la personne dont le placement est demandé et son avocat.

6) il ordonne ensuite que la personne qui a demandé le placement, celle dont le placement est demandé, son avocat et le médecin expert se retirent et déclare la délibération ouverte. Quand elle est close, il est procédé par vote à bulletin secret.

7) si le placement est voté à majorité de 9 voix, le Président rend une ordonnance exécutive à la minute. La décision qui refuse le placement n'est jamais susceptible d'appel.

Dans le cas du placement d'office, c'est le préfet qui est le demandeur.

Quand GAMBETTA sera au pouvoir, il ne reprendra plus ce projet si compliqué qui semble n'avoir eu comme but que de flatter l'opinion publique.

Le 2 octobre 1870, le Gouvernement de la Défense Nationale nomme une commission pour examiner les réformes à apporter à la loi de 1838 et le 24 octobre 1870, le Ministre de l'Intérieur nomme une Commission de Surveillance composée de 7 aliénistes sur 12 personnes.

La Société de Législation comparé étudie la question depuis 1869 sous la présidence d'E. BERTRAND. Elle signale des lacunes sur la gestion des biens, le placement et la sortie des aliénés délinquants.

PROJET DE REVISION ROUSSEL, JOZON et DESJARDINS

Le 25 juillet 1872, ROUSSEL, JOZON et DESJARDINS présentent un projet de loi devant l'Assemblée Nationale. Ils demandent :

- la surveillance des établissements privés.
- l'institution d'une commission permanente des aliénés. (composée de:2 médecins désignés par le tribunal civil, le Procureur de la République, un avocat ou un avoué, un notaire et un conseiller général) qui visitera les asiles.
- la surveillance des aliénés séquestrés dans les familles et de ceux que l'on veut interner à l'étranger.
- des dispositions spéciales aux aliénés criminels.
- la surveillance de la gestion des biens des aliénés non interdits par la Commission Permanente.

Cette proposition fut discutée à l'Assemblée Nationale le 4 décembre 1872. RESSEGUIER dit qu'aucune loi n'a été aussi bien étudiée et discutée que la loi de 1838 et l'Assemblée nomme une Commission Parlementaire.

Cependant, les campagnes de presse continuent.

Des juristes, comme G. SIMON estiment que la loi sur les aliénés doit rendre aux Tribunaux, la connaissance d'une matière qui intéresse la liberté individuelle, et BERTRAND demande à la Société de législation comparée que l'ordonnance de séquestration soit rendue par l'autorité judiciaire.

Pour CHARMETTON, ancien préposé aux transférements des aliénés de la Seine, les séquestrations arbitraires sont rares, mais il craint que les médecins des asiles ne soient pas tous à la hauteur de leur tâche, que la science aliéniste ne reste stationnaire en France, que les asiles aient perdu leur caractère médical parce qu'ils sont administratifs. Il préconise également la création d'une commission médico-juridique. Son opinion reflète assez bien l'opinion publique à cette époque.

Deux études juridiques importantes paraissent en 1883.

Elles sont de DAYRAS (Magistrata, Besançon) et HUC (Professeur à la faculté de droit de Toulouse), Tous deux sont nettement partisans de confier le placement à l'autorité judiciaire ; seule garantie que l'opinion publique considère comme efficace quand la capacité et la liberté des citoyens sont mises en question.

HUC critique le fait que dans la loi de 1838 la meilleure garantie contre l'arbitraire résulte de l'honorabilité du corps médical Or, il prétend que le vulgaire pourra plus facilement en douter que de l'honorabilité d'un magistrat.

HUC aura une grande influence sur la rédaction du rapport de Th. ROUSSEL.

En 1881, nouvelle commission extra parlementaire nommée par décret dont BOURNEVILLE est Président, qui se montre ferme partisan du médecin-directeur. Cette commission établit un projet de loi, supprimant la faculté aux conseils généraux de traiter avec les établissements privés.

- prévoyant 2 Conseillers Généraux au sein de la Commission de Surveillance,
- prévenant par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire le danger d'admissions arbitraires sans retarder par des complications de procédure l'entrée en traitement des malades.
- elle donne une meilleure protection au patrimoine des aliénés et
- innovation essentielle, fait intervenir l'autorité judiciaire pour le maintien définitif des aliénés admis provisoirement.

Ce projet est présenté au Sénat par FALLIERES, Ministre des cultes, le 25 novembre 1882. CONSTANS, Ministre de l'Intérieur estime que ce projet comble des lacunes, mais amoindrit le médecin d'asile par la suspicion ; critique la suppression des asiles privés et la création d'un quartier spécial d'observation où le Procureur doit se rendre dans les trois jours.

Le projet est renvoyé à une commission dont Th. ROUSSEL est le rapporteur.

PROJET Th. ROUSSEL (1884)

Il dépose son rapport au Sénat le 20 mai 1884 : 2 volumes de 700 et 800 pages. Toutes les questions relatives aux aliénés y sont analysées - une grande documentation est annexée au rapport.

Dans le projet, deux parties :

D'une part, dans les faits, c'est à l'autorité judiciaire qu'est confiée le placement de l'aliéné, en dernier ressort. Les formalités de placement se compliquent car après demande de placement, visa par l'autorité administrative compétente, rapport détaillé du médecin, malade interné, le Procureur de la République est avisé. Les membres d'une commission permanente (groupant juristes, médecins, administratifs) vont visiter le malade qui est placé dans un quartier spécial où le Procureur doit l'interroger. Puis sur sa réquisition écrite, la chambre du conseil donne son avis sur la sortie ou la maintenue du malade. Tout interné peut se pourvoir auprès du Procureur, du Tribunal, de la Commission permanente qui remplit, en outre, les fonctions d'administrateur provisoire.

D'autre part, ce projet prévoit :

- des asiles spéciaux pour les idiots, crétins et épileptiques.
- demande le recrutement des médecins par voie de concours.
- surveille les aliénés séquestrés à domicile.
- crée dans chaque département, une commission permanente médico-juridico administrative des aliénés.
- le contrôle des asiles est renforcé.

Ce projet est renvoyé pour étude au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique et le Sénat demande l'avis de l'Académie de Médecine.

BLANCHE, répond que la loi de 1838 ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet,que le nouveau projet présente certaines améliorations, mais que l'intervention de la justice, si elle part d'un principe juste, peut être critiquée. Seul le médecin est compétent.

MESNET critique la création des quartiers d'observation provisoire.

Pour J. FALRET, les différences entre la loi ancienne et la loi nouvelle portent sur :

- l'admission provisoire suivie de l'admission définitive à la suite de l'examen des magistrats.
- les asiles spéciaux pour aliénés criminels
- les sorties d'essai
- des garanties de sortie pour les aliénés dangereux
- de nouvelles mesures de protection des biens.

La discussion du rapport de Th. ROUSSEL ne vient au Sénat qu'en 1886. Elle porte sur l'intervention judiciaire jugée intempestive dans ce projet, par COMBES et sur le maintien ou non des asiles privés.

Un projet simplifié du projet ROUSSEL est adopté par le Sénat le 11 mars 1887; il a été discuté pendant 17 séances ; transmis à la Chambre des Députés, une commission fut chargée de l'examiner et BOURNEVILLE déposa un rapport sommaire qui ne fut pas discuté.

D'autres travaux sont faits sur ce projet. COUTAGNE dit que les modifications apportées par la nouvelle loi sont censées répondre aux besoins de l'opinion publique, que les jugements des tribunaux en matière de diagnostic mental risquent d'être erronés.

Au Congrès International de Médecine Mentale BALL et ROUILLARD regrettent l'intervention des magistrats, dans le placement et la sortie des aliénés.

FALRET, estime que la nouvelle législation est irréalisable car, ou bien la signature des magistrats ne sera qu'un simple visa, ou bien elle substituera son jugement à la compétence médicale.

BARBIER, Premier Président de la Cour de Cassation dit, que si la loi de 1838 était bien appliquée, elle suffirait à la sécurité de tous et au respect du droit de chacun. Il soutient que le placement est d'ordre administratif et médical.

Pour BOURNEVILLE, l'enseignement de la médecine mentale ne fait pas partie des programmes de la Faculté de Droit.

COTTIGNIES un magistrat rend hommage à la loi de 1838, mais estime qu'en matière de placement, la surveillance judiciaire doit être prépondérante.

PROPOSITION DE LOI REINACH et LAFONT

Le 3 décembre 1890, Joseph REINACH dépose à la chambre une nouvelle proposition de loi sur le régime des aliénés. C'est un mélange du projet de Th. ROUSSEL et du projet GAMBETTA et MAGNIN. Il contient un violent réquisitoire contre les médecins.

Le Congrès de Médecine Mentale de Lyon en 1891 émet le voeu : que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans ses dispositions générales et la même année, le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique n'est pas d'avis de substituer le pouvoir judiciaire au pouvoir administratif.

Cette proposition de loi qui marque une plus grande méfiance envers les médecins sera plus discutée que le projet ROUSSEL.

S. GARNIER, fait remarquer que depuis le dépôt du premier projet ROUSSEL, il s'est écoulé dix ans et que les prérogatives données aux magistrats n'ont d'autre but que de satisfaire l'opinion publique.

Les rapports REINACH et Lafont ne sont pas discutés à la Chambre.

En 1893, est publié un nouveau rapport REINACH et LAFONT. IL reproduit pratiquement celui de 1890. Il tient compte du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique en demandant :

- la création de quartiers spéciaux annexes pour débiles profonds et épileptiques.
- la suppression des asiles privés.
- le concours pour le recrutement des médecins adjoints.
- un contrôle plus sévère et une réorganisation de l'Inspection Générale.

- un comité supérieur des aliénés
- la création d'asiles d'aliénés criminels
- mais toujours le placement par intervention de l'autorité judiciaire.

Malgré l'aggravation de l'hostilité contre les médecins, ce projet est voisin du projet ROUSSEL.

Le rapport LAFONT, en 1894, présenté à la Chambre n'est pas discuté. Paul GARNIER publie un petit livre sur l'internement des aliénés. Il réfute les arguments de REINACH, analyse les projets de ROUSSEL, REINACH et LAFONT, pense que le placement doit rester administratif et admet qu'on peut apporter des perfectionnements à la loi de 1838.

LES RAPPORTS DUBIEF

DUBIEF, médecin et ancien Directeur administratif à Marseille, remplace LAFONT, décédé,à la Commission de révision de la loi de 1838 à la Chambre.

Il critique les médecins des asiles et s'il ne croit pas aux séquestrations arbitraires dans les asiles publics, il se méfie des asiles privés. Son projet tend à :

- remplacer dans les placements l'autorité administrative par l'autorité judiciaire, exclusivement.
- à supprimer les asiles privés.
- à créer un conseil des médecins dans les asiles.
- à créer des médecins traitants, non logés dans les asiles et faisant de la clientèle privée.
- à recruter les médecins par concours public (mais il ne fait pas la même demande pour les directeurs administratifs).

En somme, il reprend le texte voté par le Sénat lors du projet ROUSSEL.

Ces projets ont été étudiés par un juriste FAIDIDES qui dans ses conclusions écrit : "cette intervention judiciaire ne protégera pas plus efficacement la liberté individuelle, puisqu'il faudra toujours s'en rapporter au médecin". Il estime qu'il faut appliquer sérieusement la loi et organiser la protection des biens de l'aliéné. Pour le placement, il n'y a qu'une question de diagnostic qui relève du médecin.

De nombreuses thèses de droit sont consacrées à ce sujet.

Vers la même époque, un journaliste, le Docteur TOULOUSE, (homonyme de celui qui créalle centre Henri-Rousselle) s'élève contre la prophylaxie mentale.

Puis cette question des aliénés reste un moment dans l'ombre, lorsqu'une nouvelle campagne de presse est déclenchée, et DUBIEF, le 12 juin 1902, reprend son projet.

MASSON donne une étude critique de la loi de 1838, et des projets de- réforme. Il estime que le médecin tient un pouvoir redoutable - il est nettement favorable à l'intervention de l'autorité judiciaire - mais il n'est pas partisan de débats publics pour l'internement, mais d'un interrogatoire à huis clos. Il conclut : "Si le projet est adopté par les chambres, l'internement équivaudra presque à l'interdiction ...".

LE RAPPORT LARNAUDE

La Société d'Etudes Législatives inscrit en tête de son programme la réforme de la loi de 1838. LARNAUDE en est le rapporteur.

Il écrit que les aliénistes l'ont rassuré sur les quelques cas d'internements illégaux, mais qu'il faut rassurer l'opinion publique et rajeunir la loi.

Pour lui, il faut rendre à l'autorité judiciaire la prépondérance dans le placement à l'aliéné.

Il propose le placement en deux temps :

1) Mise dans un quartier d'observation par le Préfet.

2) Maintenue du placement par l'autorité judiciaire.

Mais ajoute-t-il, nous nous heurterons toujours dans cette question des aliénés à cette opposition des conceptions du médecin et du légiste.

GARCON propose la création d'un juge spécial le "juge des aliénés" qui intervient aussitôt le placement. On préconise diverses formules dont le résultat est toujours que la décision reviendra en dernière analyse à la justice.

La même année CORONAT revient à la loi de 1838 et considère que les séquestrations arbitraires sont sinon impossibles, du moins fort rares.

Il craint que l'intervention judiciaire ne retarde le traitement, etc ...

TROISIEME PROJET DUBIEF

Ce rapport demande :

- que l'assistance des aliénés soit obligatoire.
- la création d'asiles spéciaux.
- la suppression dans 10 ans des asiles privés, etc ...
  reprenant en somme son premier projet.

V. PARANT, montre que la part du médecin est prépondérante dans un lieu de guérison et que la loi DUBIEF est contraire à ce but par des formalités qui sont des entraves aux soins immédiats.

En 1907, le projet DUBIEF est voté à la Chambre puis envoyé au Sénat.

LAGRIFFE dit "que ce soit l'autorité administrative ou judiciaire qui ordonne l'internement, cela nous importe peu, à nous médecins".

Il signale en outre que les commissions d'enquête instituées par CLEMENCEAU en 1905 n'ont vu que des malades et pas de séquestrations arbitraires.

PREMIER PROJET PAUL STRAUSS au SENAT

Ce projet, analysé par FILASSIER, est moins hostile aux médecins que les précédents, mais préconise toujours l'ordonnance du placement des aliénés par l'autorité judiciaire "l'opinion publique la réclame impérieusement". Ce projet :

- établit le principe de l'obligation des soins à donner aux aliénés.
- le terme aliéné est remplacé par celui de malade atteint d'affection mentale.
- suppression des asiles privés faisant fonction d'asiles publics dans 10 ans.
- autorisation du gouvernement et caution pour diriger un asile privé.
- règlement de recrutement et de l'avancement des médecins d'asiles.
- placements divisée en :
  - placement demandé (par la famille)
  - placement ordonné (par l'autorité administrative ou judiciaire)
  - placement spontané ou demandé par le malade lui-même.

Ces placements demandés ou ordonnés sont provisoires et ne seront rendus définitifs qu'après décision judiciaire.

- section des aliénés au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique.

Ce projet, quoique paraissant plus modéré est inspiré des pojets ROUSSEL et même GAMBETTA. Il faut rassurer l'opinion en substituant à "l'arbitraire" du médecin, un jugement. GILBERT BALLET, au congrès du

Puy fait adopter le voeu suivant : l'intervention judiciaire doit être limitée aux aliénés criminels et aux aliénés protestataires. Il adresse une lettre aux Sénateurs où il montre que la loi lèse des intérêts respectables et est inopérante.

Ces protestations ont pour effet de provoquer une enquête auprès des Sociétés Savantes sur la définition à donner aux mots affection mentale et aliénation mentale, à la demande du Ministre de l'Intérieur.

A la Société Médico Psychologique, Gilbert BALLET fait remarquer qu'il aurait fallu commencer par là et montre le danger d'appliquer "l'internement judiciaire" à tous les malades actuellement dans les asiles.

René CHARPENTIER lit un rapport où il définit les termes affection et aliénation mentales. La Sooiété conclut en approuvant les dispositions de la loi de 1838 et en ajoutant qu'il suffirait, pour protéger la Société avec plus d'efficacité, d'ajouter à cette loi des dispositions relatives aux aliénés dit criminels.

La Société clinique de médecine mentale, le syndicat des médecins de la Seine protestent contre le projet de loi STRAUSS, et proposent la création de services ouverts. La guerre interrompt les travaux du sénat, mais il apparaît de nombreuses hésitations alors vis-à-vis du projet STRAUSS qui avait été sur le point d'être voté.

PROJET GRINDA DEZARNAUDS

Il est déposé à la Chambre le 20 mai 1921 :

- complète l'article I de la loi par l'adjonction de services ouverts.
- réforme l'inspection et la surveillance des services d'aliénés.

Ce projet partage cependant la même suspicion que les autres vis-à-vis des médecins et cède au préjugé des "séquestrations arbitraires".

PROJET STRAUSS 1928

- autorise les établissements privés.
- demande des quartiers spéciaux pour arriérés, criminels, épileptiques, alcooliques.
- autorise les colonies familiales.
- rend l'assistance des aliénés obligatoire.
- autorise la création de services ouverts.
- maintient l'intervention judiciaire pour les placements.

Après discussion, le Sénat le renvoie pour nouvel examen.

PROJET STRAUSS 1932

Dans ce projet, assez semblable au précédent, l'intervention judiciaire est limitée au cas où le Procureur de la République le demandera.

Le projet se rapproche de la loi de 1838. Après discussion, il est de nouveau renvoyé à la commission. Dans la discussion, le Sénateur LABROUSSE affirme avec force "jamais on ne s'est aperçu que la loi de 1838 était aussi bonne que depuis que l'on essaie de discuter". ("très bien, très bien, ...").

PROJET DE LOI LECULIER

Déposé à la chambre des Députés, le 7 février 1935, fait l'objet d'un rapport du Dr. LECULIER, le 7 juin 1935, pose le principe que la loi

de 1838 est bonne et qu'au lieu de la refaire, il vaudrait mieux se borner à en modifier les articles devenus caducs ou insuffisants. Ce projet n'apporte que des modifications de détail et n'a pas été discuté.

En conclusion, à ces projets de révision jusqu'au projet LECULIER, on peut noter :

- qu'en attaquant la loi, on a violemment attaqué les médecins, même certains projets élaborés par des médecins comme LAFONT, DUBIEF, GRINDA.
- qu'il n'y a pas eu de séquestrations arbitraires, mais que l'inspiration de la plupart des projets a été cette crainte entretenue par l'opinion publique et les campagnes de presse.
- qu'une partie de ces projets préconisait le remplacement de l'autorité administrative par l'autorité judiciaire, suivant en cela, la discussion de la loi du 30 juin 1838, cette loi d'exception au droit commun apparaissant toujours comme choquante et suspecte.
- que tous les projets montrent une méfiance vis-à-vis des établissements privés.
- que beaucoup de juristes euxmêmes sont partisans de laisser à l'autorité administrative, la prépondérance.
- que le dernier projet rejoint pratiquement la loi de 1838, sans qu'aucun autre ait pu aboutir.

Nous ajouterons que si tous ces projets dans leur ensemble sont influencés par l'opinion publique qui craint l'atteinte à la liberté individuelle, la situation des asiles, telle que nous l'avons montrée dans le chapître précédent n'est peut-être pas toujours étrangère à l'émotion du public et des réformateurs.

Arrivé à cette période, où à la veille du centenaire de la loi de 1838, les projets de révision ne visent plus qu'à modifier quelques détails de cette loi, sans réel désir d'abrogation ou de réforme, à une époque où les campagnes de presse et l'opinion publique ont fini par s'apaiser sur ce grave sujet de l'atteinte à la liberté individuelle

par l'internement, il nous a paru intéressant de voir si des réalisations avaient été entreprises en marge de la loi de 1838 et en faveur des aliénés. En effet, aux alentours de 1930, la conception d'aliénation mentale a considérablement évoluée depuis 1838, comme nous l'avons vu dans un chapître précédent. En est témoin, la demande du ministère de l'intérieur en 1913, sur le voeu du Sénat, lors de la discussion du projet de loi P. STRAUSS, demande formulée à la Société médico-psychologique de définir "quel est le sens respectif des expressions" affection mentale" et "aliénation mentale". A cette demande, le rapporteur de la Commission désignée à cet effet, René CHARPENTIER, répondit en ces termes : "l'aliénation mentale a été définie par le législateur lui-même à l'article premier de la proposition de loi sur les aliénés dans les termes suivants : "les personnes atteintes d'affection mentale qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées ou gardées à domicile".

Cette définition nous paraît bonne. A ces malades s'appliqueraient l'assistance obligatoire et en même temps : aux uns (malades simplement dangereux pour eux-mêmes) les formalités actuellement existantes et seules légitimes en ce cas, et aux autres, les formalités que nécessiterait leur caractère d'aliéné protestataire ou dangereux.

En dehors de ces sujets atteints d'aliénation mentale, il est des malades non aliénés, mais atteints d'affections mentales diverses, présentant des troubles mentaux variés, auxquels devraient s'appliquer des mesures d'assistance exclusives de mesures judiciaires. Les conséquences du choix de l'une ou de l'autre de ces expressions pour la rédaction de la proposition de loi, peuvent être ainsi résumées : la première expression "aliénation mentale", si elle est seule employée dans la loi, ne permettrait pas d'étendre l'action de cette loi aux malades atteints de troubles mentaux et non aliénés. La seconde expression "affection mentale", si elle était employée seule pour la rédaction de la loi telle qu'elle résulte du projet actuellement en discussion, aurait pour conséquence d'étendre à des malades non aliénés, atteints de troubles mentaux légers et variés, des mesures judiciaires, restrictives de la liberté

individuelle, que personne ne peut songer à leur appliquer. Du reste, la Société Médico-psychologique considère que les dispositions de la loi du 30 juin 1838 qui, déjà fait intervenir d'une façon régulière l'action de la magistrature, garantissent complètement la liberté individuelle, et qu'il suffirait pour protéger la société avec plus d'efficacité, d'ajouter à cette loi des mesures judiciaires concernant les aliénés dits criminels".

En donnant cette définition, la Société Médico-psychologique a légitimé l'existence des services ouverts successivement organisés dans les maisons de santé, les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.

En effet, pendant la deuxième moitié du XIXème siècle, les modes de placement ne sont pas discutés. Puis se développe en faveur de l'hospitalisation libre un mouvement d'opinion, dans lequel le Dr. TOULOUSE joue un rôle de premier plan. En 1899, il demande pour les psychopathes des quartiers d'observation et de convalescence. Plusieurs médecins des hôpitaux : DUPRE, GILBERT BALLET, CLAUDE réservent dans leur service quelques lits pour les délirants aigus.

En 1909, le Dr. RAYNEAU à Fleury les Aubrais, en 1912, le Professeur RAVIART à Esquiermes, organisent des services libres. Enfin le Dr. TOULOUSE crée en 1920, la Ligne d'Hygiène Mentale et obtient en 1922 l'ouverture du Centre de prophylaxie et d'hygiène mentale de la Seine qui comprend : un hôpital psychiatrique avec service ouvert d'observation et de traitement, un institut de recherches, des laboratoires, un dispensaire avec consultations externes, un service social. Depuis cette époque, des services ouverts, fonctionnant sous le régime de la loi de 1893 ont été annexés à quelques hôpitaux psychiatriques de province.

Le centre crée par le Dr. TOULOUSE, dans l'enceinte de Sainte-Anne, porte le nom d'hôpital Henri-Rousselle, nom du Conseiller Général de la Seine qui seconda le Dr. TOULOUSE dans ses efforts. A l'époque de la création de ces services ouverts, se heurtent deux doctrines :

La première défendue par les Dr. TOULOUSE, Gilbert BALLET et HEUYER estime que tous les malades mentaux doivent être soignés sans

internement à l'exception des malades dangereux. Ils estiment que ces derniers sont peu nombreux.

La seconde est celle de l'Inspecteur Général RAYNIER, de médecins tels que les Drs. CLAUDE, RAVIART et LEPINE qui pensent que les services ouverts ne conviennent pas indistinctement à tous les malades. Une sélection rigoureuse doit intervenir à l'entrée : seuls doivent être admis les malades atteints de troubles légers et rapidement curables. De tels services ont intérêt à être annexés à l'hôpital psychiatrique.

Il semble que ce soit, la seconde doctrine qui ait prévalu : elle a été approuvée par l'administration centrale.

A propos du problème des placements, une circulaire du 4 aout 1930, signée de M. Désiré FIEURY donne aux préfets des directives sur le placement volontaire des indigents qui peut être demandé par le malade lui-même. Ce mode de placement avait déjà été appliqué dans quelques départements. Le malade placé volontairement suivant cette modalité, entre et sort sans formalité et bénéficie des garanties de la loi de 1838, quant à la protection des personnes et des biens.

Dans un autre domaine, celui de l'architecture asilaire, des changements tendent à s'opérer, parallélement à l'intérêt qui est porté de nouveau à la personne du malade mental.

En 1853, PARCHAPPE dans son livre "des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles" pose un certain nombre de principes qui seront repris et développés par ses successeurs à l'Inspection Générale des aliénés. Il se prononce contre le trop grand nombre de malades dans le même établissement, contre la séparation des aigus et des chroniques, pour le travail agricole, pour les pensionnats annexés aux asiles.

Paul SERIEUX, après avoir visité divers établissements de France, d'Allemagne, de Suisse et d'Italie, publie en 1903, son célèbre rapport sur l'assistance des aliénés où il préconise le système pavillonnaire et la spécialisation des divers quartiers. Il fait édifier au pensionnat de Ville-Evrard des pavillons de traitement. Il demande pour le

département de la Seine : la création de services d'aigüs, la création d'un asile-hospice pour les aliénés incurables et convalescents, d'un asile colonie spour épileptiques, l'organisation d'un sanatorium pour les convalescents et les sujets atteints de maladies nerveuses, annexés à l'asile et non soumis aux dispositions de la loi de 1838.

Parmi les réalisations plus récentes, il faut citer :

- l'asile de Maison Blanche, bâti sur les plans de Bourneville où coexistent les deux types de constructions : le type classique de pavillons disposés le long d'un axe, le type moderne des pavillons indépendants.
- l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais du type pavillonnaire dont la construction fut dirigée par le Dr. RAYNEAU.
- un certain nombres d'établissements construits ou reconstruits après la guerre de 14-18 = BAILLEUL, ARMENTIERES, LANNEMEZAN, dont les plans sont dus à l'Inspecteur Général Julien RAYNIER.

Un des problèmes abordés a été celui du recrutement des médecins des asiles. Ils furent d'abord nommés au choix par le Ministère de l'Intérieur sur proposition des Préfets. L'arrêté du 18 juillet 1888 institua un concours d'admission aux emplois de Médecin adjoint des asiles. Cette institution vivement critiquée fut supprimée le 3 janvier 1922.

Depuis le 12 décembre 1907, les médecins des asiles de la Seine ont été recrutés jusqu'à l'époque où nous nous sommes volontairement arrêtés, par un concours spécial.

Aucun progrès n'a été réalisé durant ce laps de temps, quant au nombre des malades attribués à un chef de service, malgré de nombreuses protestations relatives au surencombrement des services.

DAns les projets de révision de la loi du 30 juin 1838, un certain nombre de lacunes ont été mises en évidence. Les problèmes, des aliénés dits criminels, des aliénés alcooliques, des épileptiques, des aliénés incurables inoffensifs, des enfants déficients.

Ces lacunes furent en général soulignées par les auteurs des projets de révision, comme nous l'avons écrit précédemment. Dans ce sens, jusqu'en 1930, pratiquement rien n'a été réalisé malgré le voeu de nombreux médecins au sein des sociétés médicales.

BOURNEVILLE organise à Bicêtre le traitement médico-pédagogique des arriérés.

La loi du 15 avril 1909, prévoit la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles publiques et d'écoles de perfectionnement pour enfants arriérés. Mais cette loi n'a pas un caractère obligatoire et n'est suivie que de très peu de réalisations. L'Institut d'Asnières, pour débiles éducables est fondé en 1894 par BAGUER, En 1926, le Dr. HEUYER fonde la clinique de neuro-psychiatrie infantile à Paris.

Sur le plan de l'assistance extra-asilaire, se sont d'une part fondées très tôt des sociétés de patronage. Dès 1841, J.P. FALRET et l'Abbé CHRISTOPHE fondent l'Oeuvre des Aliénés qui fusionne avec le patronnage créé par BAILLANGER en 1846.

Mais ces sociétés demeurent rares. D'autre part, malgré l'absence de dispositions légales, les sorties d'essai ne sont instituées très tôt et dès 1874, l'Inspection Générale en recommandait l'application. En fait, les sorties d'essai ont été mises en pratique dans tous les hôpitaux psychiatriques, ce qui n'a pas été sans soulever de nombreux problèmes. (esponsabilité du médecin, situation juridique du malade, etc ...).

Les colonies familiales furent préconisées par MOREAU de Tours et c'est AUGUSTE MARIE qui fonda en 1892 la colonie de Dun Sur Auron. En 1900, fut fondée, celle d'Ainay-le-Chateau. Ces colonies sont réservées aux aliénés chroniques du département de la seine et placées sous le régime de la loi de- 1838.

La première ébauche des dispensaires psychiatriques peut être trouvée dans l'organisation en 1868 par MAGNAN et BOUCHEREAU de con-

sultations externes avec distribution de médicaments au service de l'admission de Sainte-Anne. Mais il faut attendre la période suivant la première guerre mondiale pour voir se développer avec la création de l'hôpital Henri-Rousselle, la pratique des dispensaires, ainsi que le développement d'un service social.

Il faut signaler que, jusqu'à cette époque, existait un Corps des Aliénistes Français, groupant en son sein les Aliénistes des Hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. (ceux de Bicêtre et de la Salpétrière entre autres). Ce corps a été dissout.

Nous avons volontairement marqué une pause dans notre exposé vers l'année 1930. En effet, il nous apparaît qu'à partir de cette période, les projets de révision de la loi de 1838, sont de moins en moins axés sur cette préoccupation "chimérique" des séquestrations arbitraires, et de plus en plus inspirés, par de légitimes soucis médicaux posés par le sort du malade mental.

Nous arrivons bientôt au centenaire de la loi de 1838 et déjà les derniers projets de loi déposés par STRAUSS et LECULIER, se rapprochent de plus en plus de la loi de 1838, elle-même. Il semble que la période polémique soit pratiquement terminée.

L'année 1938 voit "fêter" le centenaire de la loi du 30 juin 1838. FILASSIER, en fait l'éloge. Il n'y a jamais eu de preuve de séquestration arbitraire. La loi donne satisfaction à tous. Il suffit simplement de la compléter, par quelques aménagements prévoyants :

- les placements libres,
- les colonies familiales,
- les asiles pour épileptiques,
- les asiles pour alcooliques,
- des quartiers de sûreté pour les aliénés dits criminels.

Au sein de la société médico-psychologique, un référendum à propos de la loi, est organisé. Il prévoit cinq questions qui sont les suivantes :

1) l'expérience d'un siècle, à votre sens, a-t-elle été favorable ou défavorable à la loi française du 30 juin 1838 sur les aliénés ?

2) connaissez-vous des cas d'internement arbitraire ?

3) Etes-vous partisan d'abroger la loi de 1838, pour revenir en matière d'internement au droit commun antérieur ?

4) Etes-vous partisan d'amender la loi de 1838, selon l'un des projets : GAMBETTA, MAGNIN, ROUSSEL, REINACH, LAFONT, STRAUSS, etc...?

5) Etes-vous partisan de refondre entièrement la loi de 1838, et dans l'affirmative, selon quelles doctrines directrices, médicales et juridiques ?

Ont répondu un certain nombre de médecins.

La statistique des réponses aux 5 questions est la suivante :

1ère question : 100 % favorables.

2ème question : non, 75 % des réponses parvenues.
: réservés : internements prolongés abusifs 17 %
: oui, problème des pervers récidivistes une tentative et 5 ou 6 par erreur de diagnostic : 8 %

3ème question : non, 100 %

4ème question : oui, Projet Strauss ou Léculier ..... 32 %
autres amendements ..... 36 %
non ..... 32 %

5ème question : non 95 %
oui, par ex. Dr. RABINOVITCH, rendre la loi plus efficace dans le sens de la neuropsychiatrie préventive non seulement individuelle mais sociale : 5 %

En conclusion, à ce référendum, il apparaît qu'en général, les participants sont en accord avec l'éloge de FILASSIER.

Un projet de loi est présenté à la Société par les Drs. HAMEL et PIERRON et M. LALOUEL (juriste).

- en matière de liberté individuelle :

  - le certificat médical sera exigé pour le placement d'office.
  - certains pouvoirs seront retirés au Préfet. Il ne pourra s'opposer à la sortie d'un malade déclaré guéri par le médecin.
  - création d'une commission médico-judiciaire groupant : un avocat, un psychiatre, un médecin de l'établissement pour les cas litigieux.
  - protection de la Société. Instituer la responsabilité civile solidaire de la commune de résidence et de la famille du malade criminel.

- Problème de l'assistance. A certaines catégories de malades doivent correspondre des établissements spéciaux: asile de sûreté pour les aliénés dits criminels.

L'aliéné en établissement ne pourra être soigné que par un spécialiste recruté par concours.

Il faut prévoir et réglementer les sorties d'essai.

Obligation doit être faite pour les hôpitaux psychiatriques de passer convention avec une caisse d'assistance sociale :

- gestion des biens

C'est une lacune de la loi de 1838.

Il faut accroître les pouvoirs de l'administrateur provisoire des biens, pris dans la commission de surveillance. Dans certains cas délicats, il faut nommer un curateur qui aura droit de contrôle et de surveillance sur la gestion de l'administrateur.

Il faut supprimer le notaire, commis et le mandataire ad litum dont les pouvoirs seront dévolus à l'administration.

- Prophylaxie

Création dans chaque département :
- de centres de prophylaxie mentale pour adultes et enfants déficients,
- d'un service social psychiatrique,
- de services spécialisés d'hospitalisation libre,
- dans un cadre interdépartemental, création d'hospices spéciaux pour vieillards difficiles, d'instituts médico-psychologiques, d'établissements pour épileptiques non aliénés.

Ce projet a été remanié au sein du comité de l'association amicale des médecins aliénistes, puis approuvé le 22 mai 1938. Il a fait l'objet d'une étude de la part des services du Ministère de la Santé Publique.

Th. SIMON, fait la même année, un article sur la loi de 1838 et les enfants où il insiste sur l'importante lacune de la loi en cette matière, bien que dès 1839, une ordonnance ait prévu que les enfants

devaient être placés dans des locaux spéciaux. Il se révolte devant le fait que les enfants déficients se retrouvent dans les asiles, même, s'ils ne sont pas mélangés avec les adultes.

Il préconise la création d'établissements spéciaux pour les enfants et d'une législation spéciale qui pourrait très bien prendre comme modèle, la loi de 1838.

De même, le problème de la gestion des biens des malades mentaux préoccupe les médecins,
Trois critiques essentielles :
- insuffisance des pouvoirs de l'administrateur provisoire,
- insuffisance de la protection dans les établissements privés,
- insuffisance du contrôle des gestions.

Néanmoins, même sur cette question, X. ABELY arrive à défendre la loi de 1838.

Donc en cette année 1938, on rend véritablement hommage aux "bienfaits" de la loi de 1838. Bien sûr, il existe des petites lacunes, mais il suffira de faire quelques additions à la loi et tout sera bien.

Pourtant, en 1939, dans un article incisif, HEUYER s'étonne de ce concert de louanges à la loi de 1838. Il s'en étonne d'autant plus que s'est tenu en 1937, le second congrès international d'hygiène mentale où se sont élevées des voix critiquant la loi de 1838. Il pense que tous les psychiatres français ne sont pas aussi favorables qu'il apparaît au maintien de la loi de 1838, moyennant quelques aménagements.

Dans cet article HEUYER donne son opinion personnelle en critiquant le projet de loi de la Section d'Hygiène Mentale, suivi d'une circulaire du 7 décembre 1938, projet voté à la Chambre et envoyé au Sénat.

Pour lui, la loi de 1838, est une loi administrative et non médicale, ce qui déjà la rend caduque devant les données nouvelles de la Science psychiatrique. Il est convaincu lui aussi que la séquestration arbitraire n'existe pas et ne peut exister, aussi, est-ce un faux problème. Il existe des maisons de santé libres où sont traités des malades très atteints, non protestataires, sans internement, donc, ce

qui prouve qu'on pourrait aussi bien les soigner comme les autres malades en Hôpital Général.

Pour HEUYER, on ne peut parler de séquestration arbitraire que lorsqu'un malade est maintenu chez lui, sans soins. Etant donné que la loi de 1838 est plus administrative que médicale, elle transforme le médecin en fonctionnaire et non en thérapeute. HEUYER qui a participé au projet de loi, s'est trouvé en désaccord sur un grand nombre d'articles.

Il ne pense pas que la solution consiste à n'apporter que des compléments à la vieille loi, mais qu'il s'agit de la modifier entièrement dans le sens du traitement aux malades mentaux. Etant donné les progrès de la psychiatrie moderne, il faut se tourner vers la thérapeutique et rendre au malade mental sa qualité de malade ordinaire, exception faite des malades dangereux.

A cause de la loi de 1838, dit-il, qui fut un progrès en son temps, tous les malades mentaux sont considérés comme aliénés, puisque la seule solution légale au traitement, est l'internement.

Dans le cadre de la nécessité de soins précoces, on peut, à son avis, traiter beaucoup de malades mentaux dans les hôpitaux généraux, en service spécialisé, bien sûr.

La mesure d'internement ne doit être prise qu'après l'échec ou la constatation de l'inutilité d'un traitement. Il préconise la nécessité de services libres, ouverts et hospitaliers. Le projet de loi prévoit, une mise en observation, ce qui apparaît comme une bonne chose, mais il maintient le certificat de 24 h, ce qui revient au statut d'internement. Pour HEUYER toujours si le service libre se trouve dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique, ce n'est plus un service libre, le malade aura été interné.

Quant aux sorties d'essai, dit-il, elles ne sont valables que si des dispensaires d'hygiène mentale sont créées et fonctionnent.

Il s'élève contre l'annexion des services ouverts aux hôpitaux psychiatriques et accuse les médecins de vouloir protéger leur intérêt corporatif, et en s'assurant les consultations externes, de s'assurer le monopole de la psychiatrie française.

Pour lui, le véritable service libre doit être placé dans le cadre de l'hôpital général, citant comme exemple Gilbert BALLET, DUPRE, CLAUDE. Les progrès montrent que la thérapeutique se fait avec des méthodes et dans le cadre de la médecine générale (pyrétothérapie, choc, cardiazolique, insulinothérapie).

Il réclame des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, des consultations de psychiatrie, d'hygiène mentale dans le cadre des consultations hospitalières ou mieux, dans celui de l'hygiène sociale.

Il relègue l'hôpital psychiatrique à son rôle de garderie pour malades dangereux ou protestataires, nécessitant l'application de la loi de 1838.

Il reconnaît quand même que grâce au Dr. TOULOUSE, les médecins des hôpitaux psychiatriques font aussi de la thérapeutique.

Il s'élève contre l'encombrement des services, bien que le Ministre de la Santé Publique ait fixé à 400 le nombre de malades par médecin, ce nombre est toujours dépassé par le manque de médecins.

Il s'indigne de la carence légale envers les enfants anormaux et pense par ailleurs que le problème de la gestion des biens n'est pas si difficile à résoudre.

Il reconnaît enfin que dans cet article, il a été plus destructif que constructif et annonce qu'il fera un projet de loi pour remplacer la loi du 30 juin 1838.

Puis survient la seconde guerre mondiale qui mettra les aliénés dans une situation catastrophique, non seulement du fait de la guerre elle-même, de l'exode, des bombardements, de la réquisition des établissements. Beaucoup mourront de faim.

En 1942, René CHARPENTIER écrit un article qui ne sera publié qu'en 1944 où il donne son avis sur la réorganisation de l'assistance psychiatrique. Il s'agit pour lui d'une réforme urgente.

Il est partisan, convaincu de l'extension des services ouverts ayant dirigé lui-même une maison de santé privée "ouverte" pendant 22 ans. Il pense qu'il faut réorganiser l'assistance psychiatrique dans un

cadre régional et non plus départemental, ce qui permettra de créer des établissements spécialisés pour les différentes sortes de malades mentaux.

Il pense que le malade mental est un malade comme les autres, qu'il faut le traiter comme tel, tout en gardant la latitude de prendre des mesures en rapport avec son état dangereux ou sa protestation.

Il faut donc transformer réellement les asiles en hôpitaux, les moderniser, leur donner l'équipement nécessaire. L'hôpital psychiatrique urbain est une nécessité,accompagné de mesures de prophylaxie mentale qui s'imposent.

Chaque ville importante aura son service psychiatrique et son dispensaire d'hygiène mentale. Chaque région aura, elle, des établissements spéciaux : hospices pour infirmes, épileptiques chroniques, convalescents, enfants déficients, etc ... Ces établissements, il les voit plus à leur place à la campagne où ils auront de meilleures conditions hygiéniques.

Il ne pense pas à "réformer la loi de 1838". Il vaut mieux réaliser d'abord.
"En vérité, ce n'est pas par une réforme de la loi qu'il fallait commencer. Il serait beaucoup plus logique, au contraire, et plus facile, et plus adroit de finir par là. On a voulu mettre la charrue avant les boeufs. La loi consacre une évolution, elle ne la précède habituellement pas ...".

Nous nous arrêterons de nouveau un instant à cette époque qui précède juste la fin de la seconde guerre mondiale.

En effet, depuis 1930, il s'est passé un certain nombre de choses en matière d'assistance psychiatrique.

Nous avons vu au chapître précédent que la période du "front populaire" a apporté un certain nombre d'avantages sociaux, au personnel des hôpitaux psychiatriques, non négligeables, et dont se ressentira la vie des asiles.

En 1937, le terme asile est officiellement transformé en celui de "Hôpital psychiatrique" , symbole du désir de réellement voir

dans le malade mental, un malade à soigner, pas seulement à tenir enfermé à l'écart de la société.

La même année, le 13 octobre 1937, paraît la circulaire de Marc RUCART, Ministre de la Santé Publique, elle entérine et favorise la création des services libres, annexés aux hôpitaux psychiatriques afin de prévoir le passage facile, en cas de nécessité de certains malades en service fermé, ce qui en fera un service réellement libre et ouvert.

Elle organise la prophylaxie mentale : avec service social spécialisé dansle dispensaire d'hygiène mentale qui fonctionne dans le cadre de l'hygiène sociale. La même année, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont recrutés par concours sur titres.

En 1938, nous l'avons vu, un nouveau réglement intérieur contient entre autres, la disposition suivante : "chaque service médical ne doit pas dépasser 400 malades, sauf exception spécialement autorisée par le Ministre". Cette réforme, par manque de médecins de place, de crédits est loin de se réaliser à ce moment. Elle subitun commencement d'exécution à certains endroits.

Pour l'assistance aux aliénés criminels, Henri COLLIN crée un quartier de sûreté à Villejuif.

Une loi en 1942, relative à l'enfance délinquante substitue des mesures de protection et de redressement aux mesures répressives et prévoit la création de centres d'observation et de rééducation professionnelle.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, qui a causé la mort de 40 000 malades mentaux, en 1945, le Ministre de la Santé Publique exprime son intention de refondre la loi de 1838 et de l'englober dans une réforme plus vaste de l'assistance psychiatrique. La société Médico-psychologique est sollicitée, et une commission se réunit à cet effet. Le rapporteur, devant la société Médico-psychologique en est Xavier ABELY qui, dans un article concis essaie de faire le tour des thèses en présence sur cet important sujet.

Il commence par montrer les points d'accord existant déjà :

La loi de 1838 n'est plus adaptée aux progrès de la médecine mentale, le rôle social du psychiatre s'est affirmé progressivement. Il n'est plus possible de différer l'organisation officielle de l'hygiène mentale tant en ce qui concerne le dépistage et la prévention, que la réadaptation qui doit suivre la cure.

Un détail est à préciser : cette organisation doit-elle être intégrée aux organismes généraux d'hygiène ou rattachée aux établissements de cure mentale pour former un bloc psychiatrique ?

Tout le monde admet la néccessité de spécialiser les établissements et les services dans un cadre régional ou départemental :
- services de sûreté avec législation spéciale et placement judiciaire,
- maisons de rééducation pour alcooliques,
- hospices de vieillards déments et de grands arriérés,
- organismes de placements familiaux,
- maisons de convalescence,
- instituts médico psychologiques pour l'enfance déficiente et en danger moral.

Enfin, tout le monde s'accorde à dire que le traitement en cure libre de malades atteints d'affections mentales légères est une innovation heureuse, consacrée, par l'usage, qui n'attend plus qu'une consécration légale.

L'établissement public départemental doit, de l'avis de chacun, devenir un véritable hôpital doté d'une installation et d'un équipement modernes et dont l'organisation se rapprocherait d'un hôpital ordinaire.

Le médecin doit voir ses services se désencombrer et pouvoir utiliser toutes les possibilités thérapeutiques modernes en matière de psychiatrie.

Sur le plan financier, les dépenses d'entretien et de traitement des malades dénués de ressources seront obligatoires et réglées comme en matière d'assistance ordinaire. La forme juridique des hôpitaux psychiatriques doit être unifiée dans toute la France.

Sur tous ces points, l'accord est facile, mais différentes thèses s'affrontent sur les indications et le statut de l'internement Deux tendances différentes :
- l'une extensive pour qui, tout psychopathe protestataire ou ne possé dant plus son libre arbitre doit être placé et maintenu sous contrôle administratif dans l'hôpital psychiatrique, ce qui implique en contre partie la protection de sa personne et de ses biens.
- l'autre restrictive, réserve aux véritables aliénés dangereux, la formalité et la contrainte de l'internement ; tous les autres doivent être traités en cure libre ; c'est le point de vue de la défense sociale qui commande seule la mesure à envisager.

Entre les partisans modérés de ces deux doctrines un terrain d'entente paraît possible.

Tout le monde admet que les malades dangereux doivent être internés sur ordre administratif.

Il est admis que les malades protestataires qui sont lucides et véhéments, doivent être placés sous contrôle administratif.

Il reste un certain nombre de malades qui gardent plus ou moins leur libre arbitre. Pour ceux-là, les avis sont partagés. Il suffirait peut-être dit X. ABELY que l'autorité publique fut informée de la situation et accordât son autorisation.

Tous les psychiatres reconnaissent la nécessité d'une mise en observation.

On discute pour savoir si cela doit être en service libre ou fermé.

De l'avis de tous, les contrôle de l'autorité publique doit se faire par l'intermédiaire de médecins qualifiés.

Ils veulent tous, favoriser les traitements précoces et détruire les obstacles superflus ; pouvoir octroyer plus largement sorties et permissions.

La pratique du service ouvert a montré que l'hospitalisation du malade mental, non dangereux, peut se faire comme celle du malade ordinaire.

Parallèlement à cette évolution libérale, continue X. ABELY une autre peut concilier les deux doctrines : la conception coercitive de l'internement tend à se purifier pour aboutir à une conception exclusivement médicale. Ce n'est plus le caractère carceral qui prend le premier plan, mais le caractère hospitalier. Quelle que soit la gravité sociale de la psychopathie, le malade est hospitalisé pour son bien. Sa famille et la société doivent se substituer à lui dans son intérêt, s'il est incapable de comprendre la nécessité des soins.

La protection de la personne n'implique-t-elle pas la protection de sa santé ? Il faut simplement établir une gamme dans le mode de placement, selon la difficulté plus ou moins grande de la thérapeutique.

Il faut signaler qu'ainsi la psychiatrie s'intègre dans les disciplines de plus en plus générales.

La liberté absolue d'accepter ou de refuser un traitement semble de moins en moins compatible avec les exigences de la médecine sociale préventive ou curative.

Il suffit de prendre modèle sur le traitement de la syphilis dont l'ordre de traitement est donné et contrôlé par des médecins inspecteurs départementaux spécialisés auxquels la loi délègue ainsi une fonction d'autorité publique.

En conclusion, pour X. ABELY, dans les divers projets en présence, pour une partie, l'entente est possible.

L'autre, concernant le mode de placement est le "point névralgique".

Pour certains, une refonte de la loi de 1838 est prématurée. Il suffirait de l'aménager par la création de Centres Psychiatriques départementaux, centralisant l'assistance extra et intra hospitalière.

Une autre opinion serait satisfaite par un rajeunissement de la loi de 1838.

Deux autres projets sont plus novateurs :

- le premier, pose en principe que dans leur majorité les malades mentaux peuvent être soignés dans les hôpitaux généraux sans formalité.

Si au cours du séjour, certains malades se montrent perturbateurs ou dangereux, leur transfert en service fermé est possible par voie médicale ou administrative. Tout malade qui aura séjourné 6 mois dans le service ouvert et sera considéré comme chronique sera mis en service fermé.

Tout hôpital psychiatrique reste en principe ouvert, comportant en annexe un service fermé, ou bien le service psychiatrique intégré dans l'hôpital général est ouvert, alors que l'hôpital psychiatrique est fermé.

L'entrée en service fermé se fera soit par voie médicale pour les psychopathes dont la maladie est incompatible avec la vie sociale, soit par voie administrative pour les malades dangereux.

- le deuxième projet au contraire, rapproche traitement volontaire et involontaire en les englobant tous les deux au sein de l'hôpital psychiatrique. Si on veut supprimer les termes péjoratifs d'aliénés, d'asile, d'internement, il faut faire preuve d'esprit médical, abattre les cloisons étanches. L'hôpital psychiatrique doit être ouvert à toutes les catégories de psychopathes et les rassembler toutes.

Cette réforme institue des situations administratives multiples et nuancées suivant la situation et la variété clinique de chaque malade et suivant également l'évolution de sa psychopathie. Cette formule souple donne au médecin une grande liberté dans l'octroi des sorties, réglées selon des modes nouveaux, conformes à l'expérience pratique.

Ce rapport fut discuté le 26 mars 1946 et un texte destiné aux Pouvoirs Publics fut établi :

Il est le suivant :

La Société Médico-psychologique, après discussion des principes généraux qui doivent présider à l'élaboration d'une législation moderne de la psychopathie, est d'avis :

1°) que la législation actuelle sur les psychopathes soit complétée dans le sens de la prophylaxie mentale et de l'assistance après hospitalisation (Postcure) ;

2°) que soit sauvegardée au maximum l'autonomie des Services confiés à l'autorité des psychiatres compétents ;

3°) que les modalités de placement soient rendues suffisamment souples pour s'adapter aux nouvelles exigences de la thérapeutique et des organismes psychiatriques de soins ;

4°) que soient créés sur le territoire des Asiles de sûreté pour les aliénés à réaction anti-sociales, cette création devant elle-même s'inscrire dans le cadre d'une organisation générale de la défense sociale ;

5°) que les incidences, en matière de psychopathie, des problèmes de l'alcoolisme et de l'enfance inadaptée soient prévus dans le projet de loi futur ;

6°) que soient reconnues la compétence et l'autorité des psychiatres des Services publics pour tous les problèmes touchant la santé mentale des individus et des collectivités.

En parallèle, nous reproduisons les conclusions des journées psychiatriques de Mars 1945. (27 et 28 mars) organisées par l'Association Amicale des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques et la Société Médico-Psychologique.

A l'issue des journées psychiatriques nationales, les travaux des séances des 27 et 28 mars 1945, organisées par la commission psychiatrique de l'Union des Médecins Français, faisant état des résultats des assemblées de l'Association Amicale des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques et de la Société Médico-Psychologique ont abouti aux conclusions suivantes :

Un certain nombre de thèses ont recueilli un oonsensus d'opinion et peuvent être considérées comme les voeux des psychiatres pour la réorganisation de l'équipement national. La rédaction des textes législatifs et réglementaires à venir devra s'en inspirer, sans préjudice de l'utilisation des propositions antérieures (telles que celles dont une synthèse a été réalisée par le Docteur BEAUCOUIN) dans la mesure où elles sont conformes à ces thèses qui sont les suivantes :

1) L'unité et l'individualité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum ;

2) L'originalité profonde des problèmes psychiatriques doit conduire à donner aux psychiatres le maximum de responsabilité technique et d'autorité dans les domaines de leur ressort ;

3) La compétence des psychiatres qualifiés doit être considérée comme étendue à tous les problèmes concernant la santé mentale, individuelle, ou sociale, la réadaptation au milieu des sujets désadaptés. Des liaisons indispensables doivent être maintenues avec les organismes de l'éducation nationale, de l'orientation professionnelle, de la justice, etc ...

4) La Direction de tous services extérieurs ou hospitaliers ne saurait être assurée que par les médecins spécialisés à compétence affirmée par un titre national et exerçant ces fonctions à temps complet.

Le titre de Médecin des Hôpitaux Psychiatriques doit disparaître. Il doit être créé un cadre national de Médecins-Chefs des services à temps complet.

Les situations actuelles contradictoires avec les prescriptions législatives et réglementaires devront être réglées par le Ministre de la Santé sur avis des services centraux compétents ;

5) Pour des motifs relevant des caractéristiques fondamentales de l'activité psychothérapique, aucune hiérarchisation au sein de ce cadre ne saurait entamer l'indépendance de chaque chef de service, la suppression acquise depuis longtemps du cadre des médecins adjoints des Hôpitaux Psychiatriques, constitue en ce sens un progrès que l'on ne saurait renier ;

6) Le nombre de chefs de services psychiatriques ne saurait être envisagé comme inférieur à I pour 200 malades hospitalisés, chacun devant en outre être chargé de services extérieurs ;

7) Le problème du recrutement des cadres nécessaires dont être considéré avec la plus grande attention, sa solution est liée à la situation matérielle faite aux intéressés et à l'organisation rationnelle de l'enseignement de la psychiatrie ;

8) Les services psychiatriques publics conformes à la loi, obligatoires dans le cadre départemental, devront englober sous la direction technique des médecins des services psychiatriques publics les organismes privés existant actuellement, ceux d'entre eux dont le fonctionnement n'est pas satisfaisant devront être ramenés dans le plus bref délai au respect des prescriptions légales et réglementaires. En tous cas, ces situations ne sauraient être considérées que comme transitoires ;

9) Les organismes privés détenus par des associations à buts lucratifs existant actuellement devront être réquisitionnés au profit des services psychiatriques publics. En aucun cas, le fonctionnement d'aucun organisme privé d'assistance ne saurait échapper à la législation générale sur les associations à buts lucratifs ni au minimum d'exigences techniques et de primauté de l'influence médicale que seul un contrat type peut codifier ;

10) Les établissements hospitaliers publics doivent être unifiés dans leur type administratif selon une formule qui consacre leur indépendance vis-à-vis des influences locales et la primauté de l'influence médicale dans leur gestion ; le contrôle suprême de leur fonctionnement ne saurait être efficacement assuré que par un organisme permanent rattaché au Ministère de la Santé.

11) Les cadres administratifs doivent être considérablement améliorés afin que la Direction Technique puisse être assurée par le corps médical sans inconvénient jmajeur pour son activité scientifique ;

12) Un effort considérable, selon des principes réalistes doit être accompli pour l'amélioration de la situation matérielle, du recrutement de la formation technique, du personnel de toutes catégories des services psychiatriques. L'enseignement effectif de principes d'assistance et de psychothérapie élémentaire doit en particulier être organisé d'urgence ;

13) L'internement doit être aboli, en tant que faisceau de mesures hétérogènes. Ses composantes doivent être, après dislocation, révisées et rendues applicables avec la plus grande souplesse et le maximum d'initiative médicale ;

14) L'intervention de l'autorité administrative dans le placement doit être limitée aux cas où s'impose réellement une mesure de protection sociale ou aux cas de carence complète de toute personne agissant dans l'intérêt du malade ;

15) Pour les malades mentaux dont l'état ne permet pas le jeu normal du libre-arbitre,il doit appartenir au médecin traitant de proposer l'institution d'un régime particulier équivalent à une autorisation par l'autorité administrative d'appliquer les mesures thérapeutiques nécessaires indépendamment de la volonté du malade ;

16) Tout malade hospitalisé pour troubles mentaux doit bénéficier du secours d'un service efficace de protection des biens lié au service médico-social. Tout malade dont la capacité juridique est altérée doit pouvoir, sur initiative médicale, être placé sous le régime de la gestion des biens par le service spécialisé ;

17) Le problème "des services libres" dans les locaux hospitaliers ne saurait être résolu par des prescriptions architecturales rigides ni par une étroite catégorisation juridique ;

18) Les possibilités de dispersion des malades dans les divers services hospitaliers doivent être multipliées, le dispositif général doit assurer au maximum l'isolement respectif des diverses sections, le critère essentiel de répartition des malades dans ces sections doit être leur

"mode de sociabilité" un écart doit pouvoir subsister entre cette répartition et la condition juridique de chacun, l'initiative médicale doit être la plus large pour rendre possibles les changements de condition des malades selon l'évolution de leur état ;

19) Le placement en milieu familial auprès de l'établissement hospitalier doit être codifié ;

20) Le service médico-social, son rôle dans le dépistage et la postcure doivent faire l'objet de prescriptions obligatoires ;

21) La législation devra préciser les obligations, les nécessités, et les particularités essentielles des sections réservées à l'enfance, en particulier sur le classement selon l'éducabilité ;

22) La codification des services spéciaux, établissements pour alcooliques, services de sûreté, etc ..., devra être envisagée avec la plus grande souplesse ; ni la délinquance, ni aucun critère nosographique ne devra être considéré comme une obligation rigide de placement dans ces services spéciaux ;

23) Un organisme puissant, disposant de possibilités techniques étendues, doit être constitué à Paris avec des ramifications en province, dans le but d'organiser la recherche scientifique en psychiatrie et de développer, en liaison étroite avec la recherche, l'enseignement théorique et clinique de la psychiatrie. Chaque centre psychiatrique doit pouvoir fonctionner comme centre de recherches ;

24) La rédaction de tous textes législatifs et réglementaires, l'étude et le contrôle de leurs modalités d'application, la solution de tous les problèmes concernant la santé mentale ne sauraient être envisagés qu'à l'aide d'un organisme permanent à compétence étendue constitué auprès du Ministère de la Santé Publique. Cet organisme doit être constitué au moins par un corps d'Inspecteurs généraux issus du cadre des Médecins des Services Psychiatriques Publics et un Conseil technique. L'existence et l'activité de cet organisme compétent permettraient aux psychiatres de mettre tous leurs espoirs, pour une renaissance de la psychiatrie française, en un accroissement de l'autorité du pouvoir central.

Paris, avril 1945. (Commission psychiatrique de l'Union des Médecins Français.

Un des projets de révision de la loi de 1838 dont a parlé X. ABELY dans son rapport devant la Société Médico-psychologique est celui de G. HEUYER. Ce projet avait été annoncé par son article de 1939 que nous avons analysé plus haut. C'est un projet complet composé de trois titres :

- dispositions générales
- de l'admission des malades mentaux dans les établissements psychiatriques,
- de la sortie des malades mentaux, des établissements psychiatriques et d'une partie concernant la Protection de la personne et des biens des malades mentaux.

Il s'agit d'une refonte complète de la loi sur les aliénés abolissant toutes les dispositions antérieures prises à leur égard (donc la loi de 1838).

Dans sa première partie, ce projet commence par définir le malade mental et l'aliéné.

- On appelle malade mental " tout sujet dont la pensée, les actes, ou la conduite révèlent un état morbide incompatible avec un bon équilibre psychique" ;

- et aliéné "tout sujet qui sous une influence morbide, commet des actes mal adaptés à son milieu, dangereux pour lui-même ou pour les autres ;

Ces définitions sont capitales car le "malade mental" doit être simplement soigné, tandis que "l'aliéné" en plus des soins qu'il doit recevoir est "justiciablede mesures légales de protection vis-à vis de lui-même et de la Société".

La déclaration de l' "aliénation mentale" est obligatoire.

Il prévoit pour le traitement des maladies mentales deux modes essentiels :

I - Le traitement en cure libre soit à domicile, soit dans des consultations hospitalières, soit dans des services libres que ceux-ci se

trouvent dans l'hôpital général, dans l'hôpital psychiatrique qui est en principe ouvert, dans un établissement privé, de tout malade qui présente des troubles mentaux.

G. HEUYER pense que ce type de traitement convient à la majorité des malades mentaux qui doivent être ainsi traités comme les autres malades des hôpitaux généraux, sans formalités (ces malades entrent et sortent librement à condition qu'ils soient capables d'exprimer avec lucidité leur volonté).

Mais le séjour en service ouvert ne peut excéder 6 mois. Après ce délai, le malade est considéré comme chronique ou incurable et relève de l'asile.

2 - Le traitement en service fermé annexé à l'hôpital psychiatrique réservé :

- aux malades protestataires ou dangereux pour eux-mêmes ou la sécurité des personnes,
- à certains malades incurables ou chroniques dont l'affaiblissement intellectuel justifie une surveillance continue,
- aux toxicomanes,
- aux alcooliques.

Le placement pour ce mode de traitement se fait soit par :

- voie médicale
- voie administrative
- voie judiciaire.

La sortie de ces malades se fait par la même voie après décision du médecin traitant.

Il admet qu'un délai de 15 jours d'observation est légitime pour décider de la sortie ou du maintien d'un malade mental qui est entré spontanément, mais exige sa sortie.

Une partie de ce projet est consacrée aux permissions et aux sorties d'essai.

Ce projet prévoit outre les services hospitaliers divers de cure libre et les services fermés, dans lesquels le médecin pourra demander

le placement d'un malade entré spontanément, s'il se révèle dangereux, la création d'un service médico-social de prophylaxie et d'hygiène mentale permettant l'assistance et la surveillance des malades non internés, des malades en congé d'essai et des malades traités à domicile.

Ce service doit être annexé à chaque service hospitalier psychiatrique.

Il prévoit le traitement encolonies familiales.

Dans ce projet, tout hôpital psychiatrique est ouvert et comporte en annexe, un service fermé.

Des mesures spéciales doivent être prises pour :

- les aliénés dits criminels (services analogues à la section Henri Collin de Villejuif),
- les délinquants mentalement anormaux,
- les buveurs (comme le réclamait déjà le Dr. DUBLINEAU)
- les enfants déficients : instituts médico-pédagogiques mis sous le régime des services libres.

Il préconise qu'un contrôle des services de la santé publique et de l'hygiène soit établi sur les services libres des hôpitaux généraux et sur les hôpitaux psychiatriques, ainsi que sur les maisons de santé privées libres, pour "éviter que les malades maintenues en vue d'un traitement puissent se plaindre d'être séquestrés arbitrairement".

Les inspecteurs administratifs du Ministère de la Santé, chargés du contrôle, doivent être spécialisés et choisis parmi les médecins psychiatres G. HEUYER supprime totalement l'internement dit volontaire dans le sens de la loi de 1838.

Il prévoit que la construction et l'organisation technique de chaque établissement psychiatrique officiel ou privé, doivent être conçus selon les préceptes éxigés par la psychiatrie moderne ...".

A chaque établissement psychiatrique, est adjoint un patronage d'assistance sociale psychiatrique constitué par :

- Président : le Président ou le juge du Tribunal de Première Instance dont dépend l'établissement.

- Vice-Président : le Directeur de l'Etablissement,

- Membres ; au moins deux médecins de l'établissements, deux assistantes sociales et des personnalités choisies par le Préfet du département.

Ce patronage se chargera de la surveillance post-hospitalière des malades mentaux qui auront été en traitement dans un établissement psychiatrique ouvert ou fermé, et plus spécialement des malades indigents".

Il sera créé au Ministère de la Santé Publique, un Comité Central des patronages des divers établissements psychiatriques.

Pour ce qui est de la protection des Biens, G. HEUYER garde pour les établissements fermés etpublics, certaines dispositions de la loi de 1838.

Des modifications sont apportées à la protection des biens des établissements psychiatriques fermés et privés.

Il ajoute un article pour les établissements ouverts publics et privés : où le médecin devra proposer la nomination d'un administrateur provisoire si le malade se montre incapable de gérer ses biens lui-même. Cette analyse est succincte, d'un projet qui comporte 44 articles et un additif pour la gestion des biens, mais il reflète les conceptions de G. HEUYER que nous avions analysées dans son article de 1939.

Ce projet de loi établi par un médecin psychiatre apparaît comme très complet et fait de la loi sur les aliénés, une loi essentiellement médicale.

Cependant, le syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques s'élève contre ce projet qui rejette le psychiatre public dans un rôle de gardiennage des services fermés, la préférence étant donnée aux services ouverts des Hôpitaux Généraux.

La même année, fin 1945, le Dr BARUK fait quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838.

- Les mauvaises applications de la loi

A son avis, il existe un abus des placements d'office qui sont contraires au traitement efficace des malades mentaux et les privent de certaines possibilités comme les permissions et les sorties d'essai.

Ces abus concernent à son avis :

- des indigents placés souvent d'office,
- des malades en provenance des hôpitaux qu'on place ainsi par négligence ou ignorance,
- des militaires,
- très souvent des malades en provenance de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Il préconise l'application plus stricte du placement volontaire prévu par la loi qui se révèle moins traumatisant pour le malade et le laisse bénéficier de modalités dont les prive, le placement d'office.

- L'Administration des Biens

Mal appliquée, elle aussi, au sens de la loi et permettant parfois de laisser dépouiller le malade mental.

BARUK préconise de consulter le malade lui-même, toutes les fois que cela est possible.

La loi avait prévu un Curateur à la personne. Il regrette que cette disposition soit tombée en discrédit.

- Les lacunes de la loi

- Utilité d'instituer l'autoplacement pour remplacer les familles déficientes ou indignes,
- Il faut réformer l'interdiction qui donne lieu à des abus scandaleux dont il cite par ailleurs des exemples.
- Il faut créer des services libres.

Non pas des services "dits" libres, ou de triage, où tout le monde est admis en observation, et où il existe un mélange désastreux de toutes les affections mentales, (ce qui oblige souvent à fermer ces services libres), mais de véritables services ouverts où la sélection doit être faite à l'entrée, et qui doivent essentiellement, pour lui, être réser-

vés aux névrosés. Ces services doivent respecter l'indépendance des malades et ne doivent pas avoir de relation avec la Préfecture de Police.

- Enfin, il faut compléter la création des services libres par le dispensaire psychiatrique et la consultation externe, au même endroit.

En 1946, paraît dans les Annales Médico-psychologiques un article de G. DAUMEZON qui cherche une méthode pour rédiger une nouvelle loi sur les malades mentaux.

Il montre d'abord, dans quel sens vont les griefs des psychiatres vis-à-vis de la loi de 1838.

- la création des services ouverts différents les uns des autres, suivant les doctrines, en marge de la loi, et où les malades hospitalisés n'ont pas droit à la protection de leurs biens.
- les lacunes de la loi à propos de la gestion des biens,
- les problèmes posés par certaines catégories de malades mentaux internés (alcooliques, divers).
- l'absence de texte régissant la liberté au dehors des malades mentaux, avant ou après traitement.

En fait, dit-il, la loi de 1838, crée une situation qui est un "tout ou rien" dont il faut se dégager (internement ou pas internement).

De plus, ajoute-t-il, l'organisation intérieure et la structure des établissements, n'est plus satisfaisante, bien que depuis un certain nombre d'années, l'activité médicale s'y soit développée. "Aussi une loi nouvelle pour être satisfaisante, devrait-elle, à notre sens, aménager un changement radical de la structure de nos services et peut-être de nos fonctions". "Et lorsque nous abordons de tels problèmes, nous pensons qu'il est absurde de séparer cure hospitalière et encadrement social, attitude thérapeutique à l'égard de l'enfant et à l'égard de l'adulte".

Arrivé à ce point, DAUMEZON propose une méthode de travail : pour édifier une nouvelle loi, il faut avant tout faire l'analyse au point de vue médical, juridique et sociologique de chacune des institutions de la loi de 1838, voir à quoi elles correspondaient pour le législateur de cette époque et en reprenant les mêmes matériaux voir ce que demande aujourd'hui le médecin dans l'intérêt du malade et de la Société.

Il donne comme exemple de cette méthode, l'analyse de l'internement.

Il apparaît dans la loi de 1838 comme un "bloc sans fissure" - Pourtant il réunit des éléments différents :

1 - il réalise la séparation du malade de la Société selon une procédure spéciale qu'il est nécessaire d'étudier en détail
2 - le malade est placé sous un régime intérieur déterminé administrativement.
3 - la loi fixe le mode de règlement des dépenses résultant des soins donnés aux malades,
4 - le placement met le malade dans l'incapacité de gérer ses biens. La loi détermine les modalités de la constatation et la sanction de cette incapacité.
5 - la loi fixe le mode de gestion dit "provisoire".

Pour comprendre pourquoi l'internement réunit ainsi tous ces éléments et les lie,DAUMEZON fait l'analyse historique de chaque élément pris à part, pour trouver au nom de quelle nécessité, toutes ces dispositions ont été bloquées en 1838 pour faire de l'internement cette institution obligatoire et rigide pour le malade mental. Il en déduit qu'à cette époque cette mesure globale satisfait tous les problèmes posés par une situation concrète.

Cette situation ayant changé aujourd'hui, si on reprend chaque élément qui caractérise l'internement, ne peut-on les séparer de façon à créer une loi nouvelle qui satisfasse la nécessité actuelle et les différents problèmes nouveaux posés par les malades mentaux.

PAR EXEMPLE : du point de vue de la collocation - au nom de quoi peut-être retenu le malade non dangereux ? y-a-t-il seulement une nécessité

des soins et non pas un devoir - et selon quelles modalités doit être traité le malade mental - (cure à domicile, consultation externe, hospitalisation suivant tel ou tel mode, post cure, etc ...).

Chaque élément est ainsi repris dans son contexte historique d'origine et dans sa nécessité actuelle : que ce soit le régime intérieur de l'établissement, les dépenses du service, la constatation de l'incapacité, la gestion des biens.

Rien ne nous oblige, selon lui, à regrouper ces éléments, mais au contraire à les étudier à fond en les séparant.

Ainsi pourra naître une loi nouvelle répondant aux exigences actuelles par toutes une gamme de réponses.

"Les réformateurs traditionnels, dit-il, n'ayant pu se dégager de la notion d'internement, se sont rabattu sur des réformes externes, médiates : ne pouvant résoudre le statut des personnes, ils ont conçu un statut des services nécessairement plus rigide, plus inhumain, plus éloigné de la réalité.

A l'opposé, on peut concevoir une solution beaucoup plus souple : tout d'abord on dénombre, grâce à l'analyse des contenus de l'internement traditionnel, les directions dans lesquelles doit se développer l'action protectrice de la loi. D'autre part, dans chacune de ces rubriques, on prévoit les échelles diverses de la réglementation: divers degrès de liberté, divers degrès d'incapacité, et c.... Les deux tâches accomplies, il sera facile, en présence de chaque malade de régler - dans une formule déterminant ces degrès réglementaires dans chaque classe - un statut juridique exactement adapté à l'espèce clinique et au cas social. La réglementation devra être- assez souple pour permettre, au cours de l'évolution de la maladie, les modifications qui s'imposeront".

Paraît, la même année, dans les Documents de l'Information Psychiatrique, un article signé DAUMEZON et BONNAFE intitulé "L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée".

Article qui reprend en les développant, les mêmes thèmes.

Il est, en particulier, plus fourni sur le plan de l'analyse historique.

Dans le même esprit, G. DAUMEZON, signe également avec X.ABELY un projet de loi.

Nous sommes évidemment, devant une telle attitude, bien loin des projets de révision qui cherchaient à la fois à satisfaire l'opinion et à colmater les brèches. Ce mode d'étude apparaît comme plus rigoureux, allant au fond des problèmes et proposant un matériel très intéressant à exploiter.

Pendant près de 20 ans, des psychiatres vont se pencher dans ce sens sur la loi de 1838, à la récherche d'un projet de réforme satisfaisant. On en a peu d'écho.

En 1964, L. BONNAFE réclame dans un article de l'Information psychiatrique, la refonte de la loi de 1838, pratiquement sur les mêmes bases et en proposant la même méthode qu'en 1946. Il insiste sur la nécessité de l'éclatement de la notion d'internement dans le sens de 1838, de la suppression de ce terme.

Sur la nécessité aussi de l'ouverture de tout le système hospitalier, de faire disparaître la notion cercérale qui se rattache au service fermé, bref, de créer une loi nouvelle en rapport avec les doctrines psychiatriques actuelles et les possibilités de traitement.

Depuis la fin de la guerre, sur le plan légal, quatre dispositions importantes ont été prises :

- en 1945, la création de la sécurité sociale dans sa forme actuelle,
- en 1954, la loi sur les alcooliques dangereux avec création d'un service spécialisé rattaché à l'hygiène sociale.
- en 1960, circulaire du Ministère de la Santé Publique et de la Population fixant la politique générale de lutte contre les maladies mentales (c'est ce qu'on a appelé la politique de secteur).

- en 1968 la loi sur les incapables majeurs.

Le principe fondamental de la circulaire de 1960 est de confier chaque malade à une même équipe médico-sociale, qu'il vive au dehors, et bénéficie de soins intermittents sous des formes variées, ou qu'il soit hospitalisé pour un temps plus ou moins long.

En matière de médecine sociale, ce principe est nouveau :

DAUMEZON en fait une analyse à la réunion de BOLOGNE, le 27 avril 1964.

Au point de vue de son origine, les fondements en sont :

- la circulaire de 1937 créant les dispensaires d'hygiène mentale, mais n'organisant pas de façon pratique l'articulation dispensaire - service hospitalier.
- le voeu des psychiatres en 1945 et en 1947 réclament "l'unité et l'indivisibilité de la pratique psychiatrique".

Ce voeu allait dans le sens contraire des thèses de R. CHARPENTIER sur l'organisation de l'Assistance- psychiatrique et du projet de G. HEUYER qui repoussait le médecin d'asile dans son rôle de gardien du service fermé.

Dans leur majorité, les psychiatres des services publics donnèrent leur adhésion aux thèses défendues par le Conseil Syndical de l'époque.

Pendant une dizaine d'années, le ministère réunit la section des maladies mentales du comité permanent d'hygiène sociale, au rythme de 10 réunions par an. Les diverses questions posées par l'actualité (congés longue durée des fonctionnaires pour maladie mentale, application de la loi sur les alcooliques dangereux, création de service pour malades mentaux difficiles, etc ...) sont étudiées.

A partir de 1953, l'Etat envisage un plan d'investissement quadriennal dans le domaine sanitaire. A cette époque, le Ministère cesse de réunir régulièrement le comité permanent d'hygiène sociale et s'entoure de Conseillers Techniques qui sont en général, les avocats de l'unité des soins aux malades mentaux.

En 1957 et 1958, SIVADON fait adopter par l'Organisation Mondiale de la Santé, le voeu de mise en pratique de la notion de psychiatrie de secteur.

Au congrès des psychiatres et neurologistes de Tours en 1959, DUCHENE, dans son rapport rassemble les diverses propositions dans ce sens.

Moins d'un an après, le Ministre de la Santé, "préoccupé de la façon de fixer les conditions dans lesquelles seront établis les futurs plans d'investissements psychiatriques", promulgue la politique de secteur.

Il semble que la décision ministérielle ait pris de vitesse les propositions des psychiatres qui sont encore imprécises.

Pour G. DAUMEZON, la hâte des autorités s'explique par la conjoncture générale caractérisée par la multiplication après la guerre des dispensaires, car les dépenses ont été couvertes comme les dépenses d'aide-médicale, la plus grande partie par l'Etat, le reste par les communes et le département.

Cette multiplication amène les médecins à souhaiter une liaison étroite entre le dispensaire et le service hospitalier.
- la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux va dans le même sens.
- A Paris, depuis 1867, les malades entrant dans les hôpitaux psychiatriques passaient tous par un service d'admission unique à Sainte-Anne, puis étaient distribués dans l'un des services des 6 hôpitaux desservant la Seine. Mais à partir de 1952, des efforts tendent à spécialiser le recrutement de chacun et en 1958, la plupart des services se voient fixer un secteur de recrutement, chaque médecin du service assurant les dispensaires de cette zone.

- Dans les autres départements, c'est depuis très longtemps que reposent sur le médecin aliéniste du département tous les problèmes posés par les malades mentaux de son département et qu'il les résout, la plupart du temps de façon indirecte sur le plan personnel.

La Psychiatrie de secteur doit d'abord définir le secteur, c'est-à-dire "l'aire humaine correspondant à l'action non plus d'un psychiatre unique, mais d'une équipe psychiatrique".

Le problème ne se pose pas de la même façon dans les zones urbaines et dans les zones rurales. L'administration était plus préoccupée de doter le secteur d'un nombre d'institutions. En fait, il faut se préoccuper de savoir quelles institutions doivent être données en fonction du milieu intéressé ; par exemple : home de post-cure en milieu urbain, placement familial en milieu rural.

Ce décalage a suscité un certain nombre de résistances d'où la difficulté d'application de la circulaire.

D'autres problèmes sont à la source des difficultés d'application de la circulaire : au départ existait un seul médecin directeur par asile, puis après la suppression des médecins adjoints, l'asile fut divisé en services autonomes dirigés par des médecins assistés d'un ou deux internes. A partir de 1930, un certain nombre de médecins ont essayé d'élargir leur pratique en créant des dispensaires, surtout destinés à la post-cure.

A partir de 1945, les postes se multiplient, sans réel changement des structures hospitalières.

Certains services sont plus étoffés que d'autres, apparaissant comme privilégiés, d'où une situation assez tendue.

Le découpage en secteurs qui suppose la mixité de chaque service, pose dans certains cas des problèmes de remembrement des dispensaires, d'où parfois un découragement de médecins obligés d'abandonner des dispensaires qu'ils avaient créés, jouant ainsi un rôle de pionnier dans d'autres cas, au contraire, un dynamisme plus grand dû à la possibilité de créations de structures nouvelles qui permettent au médecin de ne pas être simplement relégué dans l'asile.

Dans la région Parisienne, la situation est difficile car les Hôpitaux psychiatriques sont en général (sauf Sainte-Anne) en dehors de Paris, d'où des expériences de valeur très inégale selon les endroits :

- ainsi une expérience est en voie d'organisation par le truchement d'une association privée et qui suscite l'intérêt de tous : c'est l'expérience du 13ème arrondissement. De même l'expérience de la Seine

et-Marne qui jusque là, n'avait pas d'hôpital psychiatrique et où le plan d'équipement prévoit la création de services psychiatriques mixtes d'une centaine de lits, accolés aux hôpitaux de 6 principaux centres de population du département.

Ailleurs, l'existence d'hôpitaux psychiatriques avec leur localisation et leur équipement lourd est un obstacle à de telles réalisations.

Des résistances sont également exprimées dans la critique faite par certains médecins du fait que dans la politique de secteur, le malade n'a plus le "libre choix" de son médecin ; critique non fondée, car, mis à part un certain nombre de malades ayant des ressources suffisantes pour se faire soigner en établissement privé et choisir leur médecin, les autres, de part leur situation économico-sociale, allaient de toute façon, se faire traiter dans les structures existantes proches de leur lieu d'habitation.

De plus un courant va à l'encontre de la circulaire : celui de la séparation aigûs et curables et chroniques et incurables, en liaison avec les orientations psychiatrie légère et psychiatrie lourde.

Depuis 1964, cependant, la politique de secteur n'a cessé de s'étendre, de s'organiser, pas toujours d'une façon heureuse et satisfaisante pour les malades, mais avec beaucoup d'efforts de la part des médecins et de l'équipe médico-sociale. Néanmoins, cette analyse reste encore vraie aujourd'hui dans ses grandes lignes, les difficultés sont souvent les mêmes et elles sont loin d'être aplanies.

Ces dispositions légales nous ont éloignés des projets de réforme de la loi de 1838. Il faut dire que la mise en place de toutes ces structures en marge de la loi a fait que les dispositions de la loi elle-même sont de moins en moins appliquées, donc le désir de la réformer perd de son intérêt.

Brusquement en 1963, à la suite d'incidents survenus à l'Hôpital Psychiatrique de Toulouse où une faute grave aurait été découverte dans la gestion des biens de certains malades, le Ministre de la Justice fait commencer l'étude d'un projet de réforme de la loi de 1838. D'autant plus que lapresse s'est de nouveau emparé de l'affaire, que des sanctions administratives ont été prises contre les médecins et que de nouveau on parle d' internements arbitraires.

Le Garde des Sceaux a institué lui-même la commission chargée de réviser la loi de 1838, et en a confié la presidence au Procureur Général près la Cour de Cassation. La composition de la commission comprend à une majorité écrasante, des juristes éminents, des professeurs de droit, de hauts magistrats. En face d'eux : trois psychiatres, désignés par le Ministre de la Santé Publique : un professeur et deux médecins des hôpitaux psychiatriques (dont Bailly Salin). X. ABELY lance une "alerte à la réforme de la loi de 1838" car dit-il, dans ces conditions, nous voici revenus des années en arrière et nous risquons de nouveau de voir l'autorité judiciaire exploiter ces évènements pour essayer de prendre la prépondérance en matière de placement des malades mentaux. Et la polémique que nous pensions définitivement éteinte, ayant pour base ce problème, risque de reprendre amenant une régression dans le statut du malade mental.

La commission prétend travailler en vase clos. Contrairement à tous les usages et pour la première fois, aucune Société, aucune Association médicale et particulièrement psychiatrique n'a été consultée. Et pour cause, beaucoup de projets ont échoué après émission de l'avis de nos sociétés compétentes qui ont d'ailleurs toujours étudié les problèmes avec la participation de juristes.

Il faut dire que la commission actuelle a mis l'accent sur la protection du patrimoine des psychopathes,mais a voulu la joindre à la protection de la personne". En rendant solidaires l'appréciation de la capacité civile et l'appréciation de la capacité sociale (dont dépend la liberté individuelle) résultant l'une et l'autre de l'état mental évalué par le juge, on habiliterait le pouvoir judiciaire à régler globalement les deux situations", ce qui nous raménerait à une époque antérieure à la loi de 1838.

Voyant ce danger à la suite de la communication de X. ABELY et de la discussion qui a suivi, le bureau de la société médico-psychologique a adopté à l'unanimité le texte d'une lettre à envoyer aux Ministères de l'Intérieur, de la Santé et de la Justice :

"Les Membres de la Société Médico-Psychologique ont l'honneur de demander à Monsieur le Ministre .... d'être informés et consultés, conformément à une tradition bien établie depuis sa fondation, au sujet du projet en cours de réforme de la loi de 1838 sur les malades mentaux".

Cette lettre n'a jamais eu de réponse.

Nous verrons plus loin ce que deviendra après 5 ans d'études, ce projet de réforme.

Il faut dire que ce problème de la gestion des biens est certainement le point le plus faible de la loi de 1838. BARUK critique de nouveau ces dispositions légales susceptibles de provoquer des abus dit-il et il cite des exemples à l'appui.

Du coup, on remarle de réforme de la loi de 1838.

H. EY s'indigne lui aussi de la présence de 3 psychiatres seulement au sein d'une commission de 30 membres et du fait que les psychiatres dans leur ensemble ne soient pas consultés. Alors qu'ils ont plus que les autres, intérêt à un changement radical dans la loi de 1838 et non à une "réformette".

Il rappelle que tous les projets de réforme basés sur la recherche de garanties supplémentaires à la liberté individuelle ont échoué depuis 100 ans, car la loi est parfaite dans ce sens. Ce qui prouve pour lui que, le problème de la réforme de la loi n'est pas là. Pour H.EY, la réforme de la loi de 1838 est l'affaire des psychiatres grâce à leur expérience et à leur compétence.

Il faut, dans l'optique d'une réforme, prendre conscience de cinq faits importants :

1) le rapprochement de la psychiatrie et de la médecine

2) la création de services libres à l'hôpital psychiatrique,

3) les progrès thérapeutiques en psychiatrie,

4) le projet de sectorisation avec ce qu'il sous entend : l'éclatement de l'hôpital psychiatrique,

5) la réforme du statut des médecins des hôpitaux psychiatriques qui en est une conséquence.

Dès lors, dit-il, quelle est l'attitude des médecins devant un projet de réforme ?

Pour certains, c'est la crainte d'aller trop loin, ceux-là sont partisans de rester à l'abri de cette loi tutélaire de la gerder en l'amendant, de façon à ce qu'elle s'applique à un nombre progressivement réduit de nos malades.

Pour d'autres, au contraire, c'est la crainte de ne pas aller assez loin dans la réforme, ou d'y aller à contre sens car souhaitant que les contrôles administratifs et judiciaires soient réduits, ils redoutent qu'ils ne soient accrus .

Doit-on se laisser dominer par cette crainte ? Non dit-il, il faut se mettre au travail et repenser les fondements même de la notion de maladie mentale, pour refaire une loi entièrement rénovée et adaptée à l'actualité de la doctrine psychiatrique.

H. EY donne par ailleurs son opinion sur l'aliénation et la loi de 1838. Au siècle dernier, l'aliénation était pensée comme la juxtaposition ou l'inclusion d'un corps étranger dans la personne de l'aliéné - conception mécaniste qui rendait nécessaire de soustraire l'aliéné à la Société et de l'enfermer. D'où la loi de 1838, qui prescrit à quelles conditions et sous quels contrôles l'aliéné doit être placé dans le lieu de son aliénation. Dans ce sens la loi est parfaite, c'est pourquoi tous les projets de révision ont échoué.

Si on reprend le problème de l'aliéné, il faut se demander si celui-ci doit être privé de liberté par l'effet de contraintes extérieures à sa propre personne, et dans ce cas on retombera toujours dans le cadre de l'internement.

Si on repense le malade mental, on s'aperçoit qu'il est beaucoup plus privé de liberté du dedans du fait de sa maladie même, "que

ce soit par l'impossibilité (structure négative) d'accéder à un empire suffisant sur soi-même ou par la force (structure positive) de l'inconscient qui pèse de tout son poids dans la déterminationde ses actes ou de ses sentiments, le malade mental est anormalement enchaîné au fond de lui-même ... C'est lemalade qui se- prive lui-même de sa liberté et les conduites que la Société, l'Etat et les Médecins doivent de concert s'appliquer à mettre au service de sa guérison, doivent être réglées pour que soit restaurée sa liberté existentielle". Même si la limitation extérieure momentanée de ses mouvements en est un moyen.

Le problème de la psychiatrie ne relève ni de l'Intérieur, ni de la Justice, mais de l'exercice correct de la Médecine. "En effet, sous la pression des faits, la loi a été tournée au fur et à mesure que l'aliéné conçu sur le modèle mécanique du XIXème siècle est apparu, sinon selon un mythe, tout au moins comme une exception, à mesure où de plus en plus l'objet de la Psychiatrie est devenu non plus le malade qui fait peur, mais le malade qui a peur".

H. EY en revient là aux conceptions de DAUMEZON et BONNAPE : faire éclater cette loi du "tout ou rien". Le drame du malade mental n'est plus celui de l'internement,mais celui des ruptures de ses relations inter humaines.

Il faut envisager dit-il le problème humain de la maladie mentale dans des perspectives essentiellement médicales "l'essence de la psychiatrie n'est pas dans sa manifestation sociale ou son statut social, elle est dans la désorganisation de l'être".

"Si l'on doit toucher à la loi de 1838, que ce soit pour édifier une doctrine médico-juridique plus large, plus souple, plus libre. Mais de grâce, que l'on se garde au moins de faire retomber le problème de la folie dans l'espace --dans l'espace- poussiéreux de la loi".

En 1965, 66 et 67, au terme de journées d'étude paraît le "Libre Blanc de la Psychiatrie Française". Pendant chaque séminaire est soulevé le problème législatif. Les rapporteurs en sont, en 1965, H. MIGNOT, en 1966 BAILLY SALIN, rapporte sur les travaux de la commission chargée de réviser la loi de 1838, an présence du Conseiller GERTHOFFER, représentant le Garde desSceaux -. Une longue discussion suit ce rapport. Vers 1967, nouveau rapport de BAILLY SALIN, très court car rien de nouveau ne s'est présenté depuis l'année précédente. Le Livre Blanc représente sur ce sujet une mise à jour dela pensée des psychiatres sur le thème de la révision de la loi de 1838. Beaucoup prennent part à la discussion : psychiatres d'établissements publics ou privés. On trouve plusieurs lignes directrices dans la discussion.

- A propos d'une refonte de la loi de 1838, les positions sont en général restées les mêmes qu'en 1945, lors du rapport de X. ABELY.

- Pour certains (H. EY, DAUMEZON, BONNAFE, MIGNOT' etc ...), la loi de 1838 doit être abrogée et remplacée- par une loi médicale qui tienne compte de l'actualité de la doctrine psychiatrique. Le médecin doit prendre des responsabilités plus grandes pour que la relation thérapeutique soit meilleure et plus efficace.

Il faut le plus possible assimiler le malade mental au malade ordinaire et lui "devoir les soins" comme on les doit à tout malade, même si cela est parfois contre son gré, au même titre que d'autres catégories de malades sont parfois soignés contre leur gré. Quand les soins sont données contre le gré du malade, faut-il le déclarer à l'autorité judiciaire ? Des dispositions spéciales seront prises pour le malade dangereux. En gros, c'est la méthode et le projet DAUMEZON-ABELY de 1945.

Mais DAUMEZON pense qu'une loi-cadre suffira, laissant latitude aux médecins de prendre des dispositions réglementaires.

La législation actuelle est caduque et ne correspond plus du tout aux différentes variétés de psychopathies à traiter, ni aux différentes formes de traitements possibles. C'est une "loi de ségrégation".

- Pour d'autre, (Dr. GARAND, par exemple) il n'est pas nécessaire d'abroger la loi de 1838. Il suffit de la garder pour les malades dange-

reux, les autres étant soignés en service libre, sans nécessité de dispositions légales : donc contourner la loi pour la majorité des malades, la garder pour quelques uns, sinon on court le risque d'obtenir une nouvelle loi de 1838, façon 1966.

- BAILLY SALIN, rendant compte des travaux de la commission nommée en 1963, montre qu'en fait le projet ne concerne que la gestion des biens. Et dans ce sens, tout le monde est d'avis qu'il faut séparer les problèmes posés par le statut de la personne et par celui du patrimoine. Ce projet serait satisfaisant s'il ne contenait pas un certain nombre de contradictions. En effet, il dissocie la gestion des biens de la modalité de l'hospitalisation, et cela répond au voeu des psychiatres - mais il pose d'office comme incapables majeurs, les malades placés en placement d'office ou en placement volontaire. Donc il se réfère aux modes de placement prévus par la loi de 1838, c'est-à-dire à l'internement. Ce qui soulève de nombreuses protestations et met bien en valeur le fait qu'il est difficile de réformer le statut du patrimoine avant d'avoir essayé de trouver une solution à celui des personnes.

Le point fait par le Libre Blanc de la psychiatrie Française sur le problème législatif montre que :

- depuis 20 ans les positions restent les mêmes,
- qu'une réforme à la loi de 1838, si elle doit être faite, est l'affaire des psychiatres qui sont seuls compétents;
- qu'un projet de réforme sur la gestion des biens est déposé à l'Assemblée Nationale, projet répondant au voeu des psychiatres, mais non entièrement conforme à ce voeu.

En 1967, de son côté, H. BARUK propose un projet de loi sur la révision de la loi du 30 juin 1838.

Selon lui, la loi de 1838 ne doit pas être abrogée car :

- elle donne satisfaction sur le plan de la garantie contre les séquestrations arbitraires,
- elle protège grâce au placement volontaire gratuit et le malade et son patrimoine, qui, selon lui sont inséparables,
- elle permet au malade interné de conserver ses droits civils,

Mais les progrès de la science psychiatrique font qu'il faut combler des lacunes et légiférer sur :

- les dispensaires et la prophylaxie, lui-même se montrant peu enclin à une secteurisation
- les services libres afin qu'ils restent de vrais services ouverts, que les malades soient triés avant d'y être admis, et y soient aussi protégés sur le plan personne et patrimoine que ceux placés sous le régime de la loi de 1838.

BARUK craint que l'abrogation de la loi de 1838 ne permette des abus dont souffriraient les malades mentaux soignés parfois contre leur volonté sans possibilité de garanties ou de recours.

- Il pose le problème de l'incapacité, de la gestion des biens, critique le projet de loi déposé à l'assemblée (sous l'appellation de projet 1720) car ce projet est relatif aux incapables majeurs et n'isole pas le malade mental de l'handicapé physique ; cependant il lui reconnaît la qualité de protéger le patrimoine des malades légers non soumis à la loi de 1838.
- Il n'est pas d'accord avec la conception des services spéciaux pour aliénés difficiles ou dits criminels où ils sont, à son avis, bien que traités, pénalisés alors qu'ils sont considérés comme irresponsables.
- Il faut organiser l'assistance psychiatrique avec l'hôpital de jour et l'extension du placement volontaire gratuit et de l'autoplacement.
- Il n'est pas très favorable aux services de post-cure.
- Mais se penche plus volontiers sur les services de gérontologie psychiatrique.

- Enfin, il exprime la nécessité d'une assistance aux débiles mentaux qui ne soit pas un gardiennage, mais leur donne la possibilité d'une certaine adaptation par placement familial ou ateliers protégés.

Déjà, lors de la Réunion en 1966 de la Société Moreau de Tours créée en 1958 par le Dr. BARUK, réunion qui a eu lieu en présence de Mr. JEANNENEY, Ministre des Affaires Sociales, le Dr. BARUK s'est élevé contre le projet de loi 1720, en même temps qu'il exprimait ses craintes devant le désir d'abrogation de la loi de 1838 dont le porte parole était H. EY à cette même réunion.

Nous reproduisons sans commentaire, le voeu émis par la Société voeu qui apparaît bien aller à l'encontre des idées de tous ceux qui ont participé au Livre Blanc de la Psychiatrie Française, c'est dans ce sens qu'il nous a semblé intéressant de le reproduire :

VOEU EMIS PAR LA SOCIETE MOREAU DE TOURS
A PROPOS DU PROJET DE LOI SUR LA PROTECTION
DES BIENS DES MALADES MENTAUX.

La Société Moreau de Tours, réunie le 27 mars 1966, éprés étude du projet de loi n° 1720 sur les "Incapables majeurs", émet le voeu suivant :

1° - La mise sous sauvegarde de justice des malades non internés est mise en train par le médecin, le Directeur de l'Action sanitaire et sociale et le Procureur de laRépublique (art. ler, 326-I du Code de la Santé Publique). On peut s'inquiéter du fait que sur seul certificat d'un médecin, même non spécialiste et nons expertise,une pareille mesure soit prise par le Procureur et non par le Tribunal ni même par un juge.

2° - L'extension de cette sauvegarde à des "altérations durables des facultés corporelles si elles sont telles qu'elles mettent en

péril l'expression de la volonté" (art. 490 du Code Civil) est extrêmement vague, et est en contradiction avec des données médicales. Cette formule "expression de la volonté" n'a de sens précis, ni juridique ni surtout médical.

3° - Le rôle dévolu à la famille par l'article 491-4 quant à l'accomplissement des actes conservatoires pourrait être dangereux, toutes les familles ne présentant pas toujours les garanties désirables comme l'expérience psychiatrique le prouve.

4° - En ce qui concerne la tutelle et la curatelle, il paraît inquiétant de confier toute décision à un juge unique, le juge des tutelles qui risque d'ailleurs d'être débordé. Cette décision donnée à un juge unique est contraire à la tradition française de la collégialité. Il est insuffisant qu'il y ait un recours devant le tribunal.

5° - La désignation du conjoint comme tuteur de droit dans la tutelle peut donner lieu à des abus graves, puisqu'il manque de la garantie qu'offre le contrôle du conseil de famille.

6° - Plutôt que d'envisager un bouleversement complet de la législation, il vaudrait mieux perfectionner l'administration des biens déjà existante en lui donnant des moyens accrus.

7° - On peut regretter la scission opérée entre la protection des biens qui fait d'ores et déjà l'objet d'un projet de loi et la protection de la personne renvoyée à un projet de loi future. Les deux projets doivent être pensés simultanément.

Le Secrétaire Général,

Dr. J. LAUNAY

L'Administrateur Fondateur

Pr. H. BARUK,
Membre de l'Académie de Médecine.

Nous terminerons cet exposé par l'analyse de la seule réforme à certaines dispositions de la loi de 1838 : la gestion des biens, qui ait abouti. Le projet 1720, a été voté pour devenir la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs. Nous suivrons pour

cela l'analyse très claire faite par B. SALINGARDES (Procureur de la République, chargé de cours à la Faculté de Clermont-Ferrand).

Avant de commenter la loi elle-même, il nous faut revenir sur les dispositions existant antérieurement.

L'ancien système comportait deux statuts juridiques structurés, indépendamment des mesures de protection personnelle appliquées au malade envisagé, que celui-ci soit demeuré libre, ou qu'il soit placé dans un établissement public ou privé.

Ces deux statuts aboutissaient :

- le premier à l'interdiction, régime d'incapacité totale, et où l'incapable était représenté par un tuteur.

En fait, l'interdiction était de moins en moins sollicitée. Il n'existe pas plus de 3 000 personnes interdites en France.

- le second à la nomination d'un Conseil judiciaire, personne chargée d'un simple rôle d'assistance auprès du "faible d'esprit" ou du "prodigue"-

Une procédure très lourde ne comportant aucune référence à un examen médical ou psychiatrique aboutissait à l'une ou l'autre formule.

Quelle était la situation des autres ?

Libres, le patrimoine des malades mentaux est entre les mains de la famille, sans intervention judiciaire, si elle n'est pas demandée par cette dernière.

Internés, ils se trouvent sous le régime de la loi de 1838 : si le malade est dans un établissement public, administrateur légal unique provisoire choisi par la commission de surveillance ; si le malade est dans un établissement privé, administrateur nommé par le tribunal.

En principe, si l'internement devait être de longue durée, cette administration provisoire devait être remplacée par l'interdiction, ce qui en fait s'est très rarement produit.

La loi du 3 janvier 1968, s'est inspiré des critiques formulées contre le système précédent et a essayé de se conformer aux impératifs

suivants :

- s'inspirer davantage de l'état réel du malade tel qu'il peut être apprécié par le médecin traitant,
- dissocier le régime de protection des biens du statut de la personne qu'elle soit traitée à domicile ou dans un établissement de soins public ou privé de quelque nature que ce soit.
- rapprocher le cas des malades mentaux de celui des autres malades qu'une infirmité ou un affaiblissement mettent hors d'état de gérer leurs biens.
- attacher plus d'importance à l'intérêt du malade qu'à celui du groupe familial, par la collaboration constante demandée au médecin traitant, et par le placement du déficient sous la protection du juge des tutelles.

L'analyse de la loi elle-même montre qu'elle comporte trois régimes différents après un premier chapître réunissant des mesures d'ordre général :

1/ Des mesures de protection applicables à certains majeurs,

2/ Les majeurs sous la sauvegarde de la justice,

3/ La tutelle,

4/ La curatelle.

Des mesures de protection applicables à certains majeurs :

- prévoyant la nullité de certains actes accomplis par une personne en proie à un trouble mental, mais non protégée par une mesure légale à condition d'avoir fait la preuve de l' "insanité d'esprit".
- le placement de la personne protégée sous l'un des régimes légaux entraîne une incapacité plus ou moins étendue découlant du régime dont elle va faire l'objet.

La loi assimile aux malades mentaux les grands invalides, si l'invalidité "empêche l'expression de la volonté".

Le préambule de la loi pose de plus, 4 principes généraux :

- la responsabilité civile des aliénés,
- le traitement médical et le régime des biens sont désolidarisés.

Le statut juridique de la protection des biens pourra être continu quelque soit le mode de traitement ou de placement du malade mental, après avis du médecin traitant.

- protection de l'habitation du malade,

- contrôle judiciaire : le procureur de la République et le juge des tutelles sont dans l'obligation de suivre l'état sanitaire du malade.

Examinons maintenant les trois types de régime de protection envisagés :

1/ Les majeurs sous la sauvegarde de la justice.

C'est une innovation.

- les bénéficiaires : tous les malades mentaux et ceux qui leur sont assimilés.
En particulier, ceux placés en service ouvert, les moins incapables de faire face à leurs affaires.

Cette mesure peut être durable, ou précéder l'une des deux autres, curatelle ou tutelle.

- La procédure :

- si la personne est soignée à domicile, la mise sous sauvegarde peut être demandée, par le médecin traitant et accordée après avis d'un médecin spécialiste.

- si la personne est traitée, en milieu hospitalier, la déclaration par le médecin s'impose.

Dans les deux cas, le Procureur de laRépublique doit informer le Directeur de l'Action sanitaire et sociale.

- aucune formalité n'est nécessaire et cette mesure est accompagnée d'une publicité restreinte.

- les effets de la mise sous sauvegarde de la justice :

Réduction de la capacité juridique, mais recours possible par le malade contre certains actes désavantageux pour lui.

- Enfin, la personne protégéeepeut, si elle a des difficultés à gérer son patrimoine (placement en service fermé par exemple), constituer un

mandataire pour administrer ses biens. Une fois ce mandat donné, il tembe sous la surveillance du juge des tutelles. S'il y a urgence, des proches parents ou le Directeur de l'établissement prendront les mesures indispensables avant l'intervention du juge des tutelles. Celui-ci pourra désigner un "mandataire spécial".

- la fin du placement sous sauvegarde de la justice pourra avoir lieu en cas d'amélioration de l'état du malade après avis du médecin.

Ce type de régime convient aux malades partiellement incapables de gérer leurs biens, qu'ils soient en service fermé, ouvert, en sortie d'essai ou soignés à domicile.

2/ La tutelle

régime de protection maxima, conserve les grandes lignes de l'interdiction mais d'une façon plus compréhensive et plus discrète car l'interdiction était réservée aux cas extrêmes "d'imbécilité, de démence ou de fureur".

- procédure d'ouverture de tutelle :

l'interdiction ne faisait pas référence à l'avis du médecin spécialiste, alors que la tutelle ne sera prononcée qu'après constatation de l'altération des facultés mentales ou corporelles d'un médecin spécialiste expert.

La compétence est donnée au juge des tutelles et non plus au Tribunal de Grande Instance.

L'ouverture de la tutelle donne lieu à publicité.

- qui peut demander l'ouverture de la tutelle :

Le malade lui même, ses proches parents, le Ministère public ou, d'office, le juge des tutelles.

- le recours contre ce régime est possible devant le Tribunal de Grande Instance.

- le tuteur :

"l'époux est tuteur de son conjoint, à moins que la communauté de vie n'ai cessé entre eux ou que le juge n'estime qu'une autre cause lui interdit delui confier la tutelle".

En dehors de cette hypothèse le choix du tuteur est libre.

Ne peuvent être tuteurs : le médecin traitant, ni l'établissement de traitement.

- le régime juridique consacre l'incapacité totale du malade. Mais des exceptions peuvent être faites en faveur de certains malades d'après l'appréciation d'ordre médical de leur état.

- une disposition plus pratique et de maniement moins lourd sera la "gérance de tutelle" dans le cas où il n'y a pas d'opération patrimoniale importante à effectuer. C'est ce qui remplace l'administrateur provisoire.

- on retrouve la possibilité d'annulation d'actes effectués avant la mise sous tutelle si la cause de mise sous tutelle existait notoirement à l'époque où ils ont été faits.

- une disposition relative à la vie personnelle du protégé en tutelle = son mariage = ne peut avoir lieu qu'avec le consentement des deux parents ou à défaut du Conseil de Famille. L'avis du médecin traitant, s'il ne faitpas échec au mariage, doit être quand même requis..

- la fin de la tutelle, coïncide avec la fin de l'état qui la justifiait.

3/ La curatelle

- régime intermédiaire entre les deux précédents, même publicité.

- différence avec la tutelle :

Elle ne comporte qu'un organe : le curateur.

Dans la tutelle, le majeur est représenté ; dans la curatelle, il n'est qu'assisté pour l'accomplissement des actes les plus graves.

- régime de la curatelle :

C'est le protégé lui-même qui prend les initiatives. Il doit être informé de tous les actes juridiques le concernant.

- plus que la tutelle, la capacité du protégé en curatelle peut être personnalisée par le juge après appréciation médicale.

- pour son mariage, on se contente du consentement du curateur ou à défaut de celui du juge des tutelles.

Tel est l'essentiel de la loi du 3 janvier 1968.

Un certain nombre de dispositions complémentaires permettent de faire le lien entre l'ancien régime et le nouveau.

- entre interdiction et tutelle.

- maintien pendant 5 ans au plus des anciens administrateurs provisoires.

- des articles concernant la sortie des malades sous tutelle ou curatelle à peu près analogues à ceux qu'on trouve dans la loi de 1838, ce qui, comme le montraient bien les participants au "Libre Blanc de la psychiatrie Française" reste une référence au statut de l'internement.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu centrer ce travail sur l'étude des projets de révision, des critiques et des aménagements faits depuis sa promulgation, à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Pour mettre en place cette étude, il nous a semblé indispensable de faire un certain nombre de chapîtres schématiques qui servent en quelque sorte de toile de fond à la loi elle-même et aux critiques qu'elle a subies.

En introduction, il nous a semblé nécessaire de faire un historique rapide du "statut" du fou avant la loi, en montrant que bien avant qu'un projet de loi ne fut fait, et bien que la situation matérielle du fou fut en général très dure, il était déjà considéré par beaucoup, comme un malade.

Avant d'en arriver au coeur du sujet, nous avons étudié rapidement la loi elle-même, qui avait participé à son élaboration, quelle était sa signification. Nous avons voulu même essayer de montrer ses côtés positifs et négatifs, ses lacunes mêmes qui ont fait que beaucoup d'encre a coulé à propos de cette loi, que de nombreux projets de réforme ont vu le jour sans jamais aboutir ; cette loi a été si bien étudiée que pratiquement tous les projets de réforme ont avorté ; mais en même temps, elle était très rigide et présentait un certain nombre de faiblesses qui ont entraîné le désir de la modifier et surtout de l'aménager, ce qui paraît avoir été plus facile et plus acceptable.

Parallèlement, nous ne pouvons pas ignorer l'évolution de la science aliéniste, car, bien que d'autres intérêts aient dicté de nombreux projets de réforme, c'est cette évolution qui a rendu possible l'aboutissement d'un certain nombre de revendications qui, sans toucher à la loi elle-même, ont permis certains aménagements qui lui ont fait perdre en quelque sorte l'aspect primordial et intangible qu'elle avait à son début.

L'essentiel de notre travail a été l'étude des projets de réforme, des critiques bien ou mal fondées, des circulaires complétant la loi du 30 juin 1838.

Il faut dire dès maintenant qu'excepté une réforme réelle récente (1968) supprimant un certain nombre d'articles de la loi de 1838 et installant une loi compléte relative à la gestion des biens, le reste de la loi de 1838 est toujours en vigueur. Aucune vraie réforme n'y a été apportée.

Dans ces projets de réforme, nous pensons pouvoir distinguer un certain nombre de périodes :

1/ une période de 20 ans, silencieuse, où la loi paraît avoir été bien acceptée et nous ne voyons que quelques critiques faites souvent par ceux mêmes qui ont participé au projet de loi, dont, J.P. FABRET en 1843. Ces critiques, faites par un médecin qui connaissait bien la question, ne portent pas sur des points fondamentaux. Ce sont en quelque sorte des critiques "intérieures".

2/ 20 ans après, vers 1860 et jusqu'en 1928 environ, date du premier projet de loi STRAUSS, c'est au contraire une suite presqu'ininterrompue de projets de réforme, de critiques souvent extrêmes, de réponses indignées de la part des aliénistes qui avaient la charge des asiles.

Pourquoi cette soudaine fécondité ? Les projets, souvent très documentés dans de nombreux cas (témoin, le projet Roussel au Sénat : 2 volumes de 800 et 700 pages), ces projets donc, sont-ils homogènes ou ne peut-on pas y distinguer plusieurs préoccupations.

A l'origine, après 1860, une importante campagne de presse dénonçait des séquestrations arbitraires, donc une attaque, pas directement contre la loi elle-même, mais contre les médecins rendus responsables.

Ces campagnes de l'opinion publique, faites d'abord par la presse d'opposition, puis par la presse toute entière, ont été incontestablement à l'origine de projets de réforme de la loi. Il fallait absolument garantir la liberté individuelle qui apparaissait comme menacée et la loi n'offrait pas, de l'avis des auteurs des projets, de garanties suffisan-

tes. De nouveau (car elle avait déjà été soulevée lors de la discussion de la loi) s'est trouvée posée la question de savoir qui ordonnerait les placements, l'autorité judiciaire ou l'autorité administrative. Et on assiste à une argumentation complexe, de plus oumoins bonne foi, en faveur de la prédominance de l'autorité judiciaire. D'où la naissance de projets plus compliqués les uns que les autres où on sent très bien le désir de satisfaire cette opinion publique déchaînée.

Cependant, dans le même temps, ces projets sont élaborés en général par des personnes compétentes, juristes ou médecins, qui essaient d'étudier à fond la question. Ce qui donne lieu, dans les projets à d'autres préoccupations que celle assez stricte de savoir, qui, de l'autorité judiciaire ou administrative, allait ordonner le placement, ou comment concilier les deux, ce qui paraît pratiquement impossible : les auteurs de projets de réforme se préoccupent aussi d'autres problèmes : la loi était faite pour une certaine catégorie d'aliénés et elle manque de directives pour les autres catégories : aliénés criminels, alcooliques aliénés, enfants déficients, incurables inoffensifs par exemple).

Nous trouvons donc côte à côte, une partie polémique qui prend prétexte de protéger la liberté individuelle qui apparaît (à tort concluront toutes les enquêtes) menacée et une partie beaucoup plus positive qui revendique de pallier les carences de la loi de 1838.

Un fait important doit être cependant noté : on parle beaucoup de liberté individuelle, on parle de créer desquartiers spéciaux, mais on ne parle pas du traitement des malades et ceci n'est peut-être pas étranger à la stagnation de la science aliéniste de cette fin du XIXème siècle où médecins et malades sont enfermés ensembles dans les asiles. Aucun de ces projets, pourtant discutés à l'Assemblée ou au Sénat, ne voit le jour sous forme de loi.

3/ La troisième période qui va de 1928 (1er projet STRAUSS) à la guerre 1939-1945 voit le ton des projets changer. Les auteurs paraissent moins influencés par l'opinion publique et jusqu'en 1938, on finit par conclure que cette loi est très bien comme elle est, et qu'en dehors de quelques aménagements il ne faut pas y toucher.

Parallélement se fait jour une préoccupation réelle du sort des malades et de leur traitement.

Sous l'égide d'un certain nombre de médecins, des services libres sont ouverts à divers endroits dont le modèle du genre sera l'Hôpital Henri-Rousselle, créé en 1922 par le Dr. Ed. TOULOUSE, dans l'enceinte de Sainte-Anne.

La polémique des projets de réforme tend à s'effacer. Les psychiatres prennent davantage conscience que, si réforme il y a, c'est essentiellement leur affaire, puisque eux seuls connaissent les malades et les traitent. Des revendications précises prennent forme, qui ne vont pas exactement dans le sens d'une réforme de la loi de 38, mais qui essaient de combler ses lacunes : la prophylaxie et l'organisation de la post-cure sont sanctionnées par la circulaire RUCART de 1937 et cette même année l'asile devient officiellement l'Hôpital Psychiatrique.

Dans la même temps, en 1938, lors du centenaire de la loi, l'avis des psychiatres est très net en général ; la loi est bonne - inutile de la réformer - il faut y rapporter quelques compléments indispensables au développement d'une psychiatrie plus moderne.

4/ A partir de la fin de la guerre 1939-1945, du fait du développement des techniques thérapeutiques (tant chimiothérapiques que psychothérapiques) les psychiatres sentent de plus en plus nettement que l'hôpital psychiatrique n'est plus le seul lieu de traitement de la maladie mentale. Ils vont se poser très sérieusement le problème de la signification actuelle de la loi du 30 juin 1838. Ce qui va donner lieu à un certain nombre de positions très variées qui vont de la conservation de la loi en la complétant, à l'abrogation pure et simple de la loi.

Déjà en 1939, un an après le "concert de louanges" à la loi de 1838, le Dr HEUYER est d'avis qu'il faut abroger la loi et traiter les malades mentaux comme des malades ordinaires en laissant à l'hôpital psychiatrique son rôle de "garderie" pour les malades dangereux.

Dès 1945, et sur la demande du Ministre de la Santé, les psychiatres sont appelés à donner leur avis quant à la nécessité ou non d'une

réforme. Des analyses approfondies sont faites dont celles du Dr. DAUMEZON et du Dr. BONNAFE qui tout en désirant abroger la loi, pensent qu'avant d'en refaire une, il faut très sérieusement s'interroger sur la signification et le rôle d'une telle loi à l'époque actuelle.

Le Dr. X. ABELY en 1945, fait un tour d'horizon des opinions très diverses des psychiatres à propos de la loi.

Il semble que depuis cette époque la répartition de l'opinion des psychiatres soit restée sensiblement la même. Cette diversité est reflétée par le "Livre Blanc de la Psychiatrie Française" (1965-66-67). Certains (dont le Dr. EY) parlent d'abrogation et condamment une simple réforme, beaucoup d'autres sont beaucoup plus réservés à ce sujet et finalement rien de concret n'a vu le jour excepté cependant une loi de 1968 sur la gestion des biens. Ce point de la loi de 1838 avait été critiqué depuis très longemps, et c'est à l'occasion d'un scandale, en 1962-63, à propos de la gestion des biens de quelques malades à Toulouse qu'une commission (à grosse majorité juridique) s'est mise à vouloir réformer la loi de 1838 toute entière. Cela n'a abouti qu'à une loi sur la gestion des biens mise en application, le ler novembre 1968, loi qui paraît avoir à peu près satisfait l'ensemble des psychiatres.

En conclusion, la loi de 1838 existe toujours telle qu'à sa naissance, mis à part les articles concernant la gestion des biens qui ont été abrogés. En pratique beaucoup de circulaires et décrets l'ont complétée, relatifs surtout à l'organisation de l'hygiène mentale et à la sectorisation. La "vieille loi" est en fait peu appliquée, souvent contournée, la grande majorité des malades mentaux étant soignée en dehors de la loi ainsi qu'en témoigne, pour prendre un exemple très fragmentaire la répartition des malades admis en 1970 à Sainte-Anne, Henri-Rousselle et la Clinique de la Faculté.

Admissions de l'année 1970 :

Total pour : Sainte-Anne, Clinique de
la Faculté et Henri Rousselle 3 506

Répartition :

Service fermés (PO 559
(PV

Services libres : 2 947

Placements volontaires :

Hommes 162
Femmes 205

Placements d'office :

Hommes 145
Femmes 47

Traitements libres :

Hommes 1 106
Femmes 1 841

Hôpital Henri Rousselle seul :

Traitements libres exclusivement :

Hommes 402
Femmes 798

Il serait peut-être intéressant de se poser la question suivante :

Pourquoi au début et après 1860, le support des projets de réforme a-t-il été la préoccupation de la liberté individuelle du malade, préoccupation qui inquiétait tellement l'opinion publique,donc les pouvoirs publics, alors qu'actuellement cette inquiétude a pratiquement disparu.

Il nous semble que, pour essayer de répondre à cette question, il faille envisager la situation des malades et des médecins en 1838 et cette même situation à l'heure actuelle.

La loi de 1838 qui, preuve en est faite de nombreuses fois, garantit parfaitement la liberté individuelle, enfermait dans les asiles à la fois les malades "aliénés" à la société (pour protéger justement cette société) et les médecins qui devaient les traiter.

Mais en fait, bien que mentionné dans le texte de la loi, ce problème du traitement n'était pas la question majeure pour ceux qui n'étaient pas partie prenante des asiles. On ne savait pas très bien ce qui se passait derrière les murs, il apparaissait seulement qu'un malade dangereux avait été séparé du reste de la société pour la protéger) ce qu'était exactement ce malade, on n'en savait que très peu de choses -. Donc, pour les étrangers à la science aliéniste, n'importe qui pouvait être enfermé, n'importe quand sur le bon vouloir d'un certain nombre de personnes qui apparaissaient comme n'offrant pas des garanties suffisantes.

Depuis cette époque, la psychiatrie a fait de gros progrès, les "aliénés" au sens de la loi de 1838 n'ont plus été, au fur et à mesure, les seuls à devoir bénéficier des traitements psychiatriques. L'aliéniste est devenu le psychiatre, il est sorti des murs de l'asile, l'opinion a été mieux informée, le psychopathe est devenu d'une façon plus réelle ce qu'il est : un malade et le vrai problème, celui de son traitement a pris le pas sur les autres inquiétudes plus ou moins bien fondées qui apparaissent maintenant comme de faux problèmes.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen :

Vu et permis d'imprimer
le Recteur :

BIBLIOGRAPHIE

X. ABELY : la Protection des Biens des malades mentaux dans la loi de 1838
A.M.P. (x) 1938 T.I.p. 655 à 665

X. ABELY : Rapport sur les projets de réforme de la Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés
A.M.P. 1945 T.I. p. 270 à 290

X. ABELY : Alerte à la réforme de la loi de 1838
A.M.P. 1964 T.I. p.125 à128

BARUK : Le problème de l'administration des biens des malades internés sous la loi de 1838 ; difficultés et remèdes
A.M.P. 1964 T.I p. 265-266

BARUK : Projet de loi sur la révision de la loi du 30 juin 1838, sur la législation et sur l'administration des biens des malades mentaux;
A.M.P. 1967 T.2 p.739 à 753

BARUK : Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838 et sur les Services Libres
A.M.P. 1945 T.2 p. 289-295

BEAUDOUIN H., BEAUDOUIN J.L., et BEAUDOUIN Cl. : Au sujet d'une lacune déjà signalée : l'absence de mesures protectrices des malades mentaux traités en cure libre.
L'Information Psychiatrique 1966 n°1 p.11 à30

BONNAFE et DAUMEZON : L'internement, conduite primitive de la Société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée.
Documents de l'Information Psychiatrique 1946 T.I p.79

BONNAFE : Un document ancien : tentative d'exégèse de la notion d'internement.
Information Psychiatrique 1964 n°9 p.687 à 692

CHARPENTIER R. : Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale
A.M.P. 1944 T.2 p.217 à 244

(x) : Annales Médico-psychologiques.

Conclusions des Journées Psychiatriques de mars 1945
Information Psychiatrique 1945 n°2 p.19 à 21

DAUMEZON : La méthode pour rédiger une nouvelle Loi sur les malades mentaux.
A.M.P. 1946, T.2 p.213 à230

DAUMEZON : Problèmes de la psychiatrie de secteur en France
Information Psychiatrique 1964 n°9 p.653 à662

DEMAY Un siècle d'assistance psychiatrique en France
A.M.P. 1943 T.I p.317 à 336

DESRUELLES N. : Histoire des projets de révision de la Loi du30 juin 1838
A.M.P. 1938 T.I p. 585 à 623

DESRUELLES M. : L'esprit des projets de révision de la loi du30 juin 1838
A.M.P. 1938 T.I p.667 à 674

EY H. Essence de la maladie mentale (aliénation, espace et liberté)
Evolution Psychiatrique 1964, T.20 fasc. I p. 1 à 5

EY H. : Les médecins des Hôpitaux Psychiatriques devant la menace ou l'espoir d'une réforme de la loi de 1838.
Information Psychiatrique 1964 n°3 p.173 à 178

EY H. : Introduction àla Psychiatrie
E.M.C. (x) 1955 T.2 37005 AIO, A 20, A30

FALRET J.P. : Des maladies mentales et des asiles d'aliénés
1864.PARIS.J.B. BAILLERE et Fils

FILASSIER : Eloge de la Loi de 1838
Archives Internationales de Neurologie 1938 p.9

FOUCAULT M. : Histoire de la folie à l'âge classique.
Paris 10-18 n° 169-170

HAMEL et LAUZIER : Des modifications qui pourraient être apportées à la Loi du 30 juin 1838
A.M.P. 1938 T.I p.561 à570

HEUYER : A propos de la Loi de 1838 et de son projet de révision
A.M.P. 1939 T.2 p. 179 à 200

HEUYER : Proposition d'une loi concernant l'assistance aux malades mentaux.
A.M.P. 1945 T.I p.245 à 267

(x) : E.M.C. : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

Livre Blanc de la Psychiatrie Française
1965 Evolution Psychiatrique, suppt. au n° 3 p.103 à 116
1966 Evolution Psychiatrique,suppt. au n°3 p.105 à 142
1967 Conclusions Paris E. PRIVAT Ed. p. 109 à 113

Réponse au Référendum sur la Loi de 1838
Archives Internationales de Neurologie 1938 n°4 p. 1 à 19

RAYMONDIS : Réforme ou abrogation de la Loi de 1838
Information Psychiatrique 1966 n°6 p.485 à 494

SALINGARDES B. : La Loi du 3 janvier 1968 portant réforme du Droit des Incapables Majeurs
Revue pratique d'Hygiène Mentale 1968 n°2 p. 67 à 91

SILVESTRE M. : Réflexion sur les conditions d'éclosion de la Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.
Thèse 1967 PARIS COPEDITH

SIMON TH. : La loi de 1838 et les enfants
A.M.P. 1938 T.I p. 665-666

Société MOREAU DE TOURS : les Nouveaux problèmes de législation psychiatrique.
1967 Annales de Thérapeutique I fasc. P.U.F. PARIS

TRISCA P. : L'assistance aux aliénés, son origine et son évolution.
1921 PARIS A. MALOINE et fils

VERMOREL H. et M. : Essai sur l'évolution de l'Hôpital Psychiatrique
Information Psychiatrique 1966 n°2 p. 117 à142

VERMOREL H. et MEYLAN A. : Cent ans de Psychiatrie
PARIS 1969 Editions du Scarabée

VIDART : L'assistance psychiatrique en France et à l'étranger.
Thèse 1937 PARIS E. LE FRANCOIS

VIE J. : Vers une psychiatrie sociale
A.M.P. 1943 T.I p. 379 à 396

Vu le Doyen de la Faculté de
Médecine de CRETEIL

M.RAPIN

Vu le Président de Thèse
Monsieur le Professeur

BOURGUIGNON .

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l' Académie de PARIS

R. MALLET .